

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **T H È S E** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1895, à 1 heure

Par FERNAND DUBOIS

Né à Vernon (Eure), le 9 février 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE GÉNÉRALE

DANS LE COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
BOUILLY, agrégé.
NÉLATON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **T H È S E** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1895, à 1 heure

Par **FERNAND DUBOIS**

Né à Vernon (Eure), le 9 février 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE GÉNÉRALE

DANS LE COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. {
LE DENTU, professeur.
BOUILLY, agrégé.
NÉLATON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES FRÈRE ET SŒURS.

A MONSIEUR LE BARON F. DE SCHICKLER.

*Hommage respectueux et
reconnaissant.*

A TOUS MES AMIS.

A MON PREMIER MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR VATTIER,

Médecin à Vernon (Eure),
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur à la Clinique d'accouchement de la Faculté de Paris,
Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Les mamelles sont des organes glanduleux qui sécrètent un liquide destiné à servir d'aliment au nouveau-né, et c'est à ce titre que l'on a considéré avec raison les mamelles comme des annexes de l'appareil génital.

A la naissance, elles se présentent sous la forme de deux petites masses également saillantes dans les deux sexes ; et ce n'est que plus tard, sous l'influence du sexe, de la race et des individus qu'elles prennent un développement plus ou moins considérable.

Rudimentaires chez l'homme, ce n'est qu'à de rares exceptions, dans l'affection connue sous le nom de gynécomastie, qu'elles prennent un développement parfois énorme.

Rudimentaires aussi chez la femme pendant l'enfance, elles participent, au moment de la puberté, à l'évolution des organes génitaux, augmentent de volume pendant la grossesse et arrivent à leur complet développement après l'accouchement sous l'influence de l'excitation produite par la sécrétion lactée.

Chez la négresse, où d'ordinaire les seins prennent un développement considérable, il est normal de les voir descendre jusqu'à l'aîne, pouvant ainsi être renvoyés par dessus l'épaule,

lorsque la mère veut allaiter son enfant qu'elle porte d'ordinaire attaché sur son dos.

Mais un tel volume des seins est rare chez la femme blanche où il passe pour une anomalie, et constitue une affection bien déterminée, présentant un certain caractère de gravité, et connue sous le nom bien explicite d'*hypertrophie mammaire*. N'omettons pas de dire cependant que chez la femme blanche les seins augmentent de volume sous l'influence de la grossesse et de l'allaitement, ou bien encore de l'envahissement de l'économie par le tissu cellulo-adipeux.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer dans le service de notre maître, M. le docteur Landrieux, un cas bien net et bien caractérisé d'hypertrophie mammaire chez une femme enceinte pour la deuxième fois et qui n'avait présenté aucun phénomène pathologique du côté des seins pendant sa première grossesse. Il nous a paru intéressant d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons le dessein — après avoir défini d'une façon précise ce qu'il faut entendre par « Hypertrophie générale de la glande mammaire » ; afin de bien distinguer cette affection des autres tumeurs de la mamelle qui peuvent avoir avec elle quelques points de ressemblance, et après avoir recherché les auteurs qui ont signalé ou étudié la question — d'en faire une étude aussi complète que possible. Nous nous baserons pour cela, et sur les travaux de nos devanciers et sur l'observation personnelle qu'il nous a été donné d'en faire dans le cas signalé par notre observation III, qui nous a paru mériter d'être l'objet d'un travail approfondi.

A la fin de cet ouvrage, nous avons réuni quelques observations relatives au sujet qui nous intéresse. Elles sont en petit nombre, mais choisies avec soin, car nous avons tenu à ne reproduire que celles qui ont directement trait à notre sujet,

c'est-à-dire : l'hypertrophie mammaire *pendant la grossesse*. Nous avons cherché autant que possible à ce que chacune d'elles présente un intérêt propre et puisse être rapprochée utilement des différents chapitres : étiologie, symptômes, anatomie pathologique, diagnostic, complications et modes divers de traitement.

Enfin un index bibliographique permet de se reporter aux différents ouvrages qui nous ont servi à recueillir des documents sur notre sujet.

Mais avant d'entreprendre l'étude de cette question qui doit marquer la fin de nos études médicales, nous considérons comme un devoir d'exprimer toute notre reconnaissance aux maîtres qui ont consenti à consacrer leurs précieuses et bienveillantes leçons à notre instruction médicale.

Qu'il nous soit donc permis de rendre ici un public et reconnaissant hommage :

A notre premier maître, M. le docteur Vattier, chevalier de la Légion d'honneur, qui nous a inculqué les premiers principes de la science médicale ;

A nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Nicaise, Gérard-Marchant, Bazy, Bucquoy, et en particulier à ceux qui nous ont accueilli avec tant de bienveillance dans leur service pendant le temps de notre externat ; MM. les docteurs Aud'houi, Bouilly et Landrieux.

Nous exprimerons un sentiment de gratitude tout spécial à notre maître, M. le docteur Landrieux, qui a bien voulu nous fournir le sujet de notre thèse, et par l'intérêt constant qu'il nous a porté, nous donner les moyens de mener à bien notre entreprise.

Nous remercions aussi bien vivement M. le docteur Chopinet, de Crépy-en-Valois, dont la bienveillante obligeance nous a permis de compléter notre observation personnelle.

Nous priions enfin M. le professeur Tarnier, qui, après avoir été notre maître pendant notre stage à la clinique d'accouchements, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, d'agréer ici l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

DÉFINITION — HISTORIQUE

L'hypertrophie mammaire est une affection caractérisée par un développement exagéré de la mamelle, par un accroissement dans la masse, continu, uniforme et sans douleur ; par l'augmentation des lobules de la glande sans changement de texture.

Elle ne résulte donc nullement de l'accumulation dans l'intérieur de la mamelle de produits pathologiques de nouvelle formation et elle ne fait que reproduire en les augmentant, soit dans leur volume, soit dans leurs dimensions, les divers éléments qui constituent la structure intime de la glande normale.

C'est là un fait qui est évident depuis l'examen microscopique de Cadiat et Ledouble sur un sein hypertrophié enlevé par le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu.

Cette définition nous permet donc de considérer du premier coup l'hypertrophie mammaire comme une affection spéciale et en même temps d'écarter toutes les autres tumeurs du sein quelles qu'elles soient.

Velpeau qui l'a bien étudiée dans son « Traité des maladies du sein » la dépeint de la façon suivante :

« L'organe hypertrophié offre un excès de volume manifeste ; ses mailles, ses cellules, ses lobules ont subi un développement

anormal qui peut être extrême, mais qui n'est jamais accompagné de désorganisation. »

De telle sorte que, mise à côté d'une tranche de tissu sain, la tumeur ne se distingue pas au premier coup d'œil de ce dernier ; c'est dans leurs masses ou leurs dimensions, et non dans leur constitution que les éléments mammaires ont éprouvé des changements.

Il n'y a donc là ni tissu néoformé, ni déformation des éléments de la glande, et l'opinion de l'éminent professeur confirme la distinction parfaite que nous avons établie entre l'hypertrophie générale simple que nous étudions aujourd'hui et toute autre tumeur du sein.

Velpeau a distingué en outre deux grandes sortes d'hypertrophie mammaire.

L'hypertrophie *générale* que nous avons définie plus haut, et

L'hypertrophie *partielle* qui ne comprend qu'une portion variable du sein et dont la grosseur ne dépasse pas d'ordinaire le volume d'un œuf ou celui du poing.

De plus, au point de vue de la nature, de l'hypertrophie, il semble considérer trois espèces différentes suivant qu'elle porte :

Sur l'élément adipeux,

Sur l'élément glanduleux,

Sur l'élément fibro-cellulaire de la glande.

Sans doute ces distinctions peuvent présenter de l'intérêt au point de vue histologique et anatomo-pathologique, mais elles restent purement théoriques, car, en clinique, la symptomatologie est identique, à quelque espèce d'hypertrophie qu'on ait affaire et la distinction est impossible à établir.

Enfin nous devons signaler au point de vue clinique l'opinion de Fingerhuth qui a reconnu deux formes d'hypertrophie mam-

maire : la forme *aiguë* et la forme *chronique*. Mais ici encore, hâtons-nous de dire que ces deux formes dépendent seulement de la marche de la maladie dont l'évolution plus ou moins rapide est sous l'influence de causes secondaires ou occasionnelles. Dans les deux cas en effet, les symptômes restent toujours les mêmes.

Pierre Delbet dans l'article « Mamelles » « du Traité de chirurgie » a nettement séparé l'hypertrophie des autres tumeurs de la mamelle en disant : « Au début, elle ne forme jamais une tumeur circonscrite ; elle frappe toujours la glande dans son ensemble. Macroscopiquement et microscopiquement, volume mis à part, elle modifie peu la structure de la mamelle. En l'étudiant de près, on voit qu'elle est intimement liée au développement physiologique de l'organe. Si l'affection diffère des néoplasmes, elle ne diffère pas moins de l'éléphantiasis dont on a voulu la rapprocher. Il s'agit en somme d'une augmentation de volume — de même ordre que celle que l'on observe de loin en loin sur un membre ou un segment de membre — d'une *hypertrophie véritable*.

Historique. — Connue depuis fort longtemps puisque Galien, en fait mention, l'hypertrophie mammaire est une affection très rare.

Elle a été signalée surtout aux Indes, en Amérique, en Egypte, en Angleterre et en Allemagne. Et c'est par suite à l'étranger, où elle est plus fréquente qu'en France, qu'elle a été le plus étudiée et qu'elle a fait l'objet d'un grand nombre de mémoires.

Astley Cooper, Kober, Fingerhuth, Veit, Esterle en ont longuement parlé.

En France, nous pouvons citer les articles de Bouyer (de

Saintes) et de Renoud qui rapporte un cas d'un médecin d'Egypte.

Mais l'étude en a surtout été bien faite par Nélaton et Velpeau ; ce dernier en particulier, dont le Traité des maladies du sein a servi de base aux travaux ultérieurs sur cette question.

Dans ces derniers temps, nous signalerons, la thèse de Cadiat (1874), de Labarraque (1875), de Romec (1881), de Saccaza (1867); les deux observations de Billroth, celle très complète de Benoist et Monteils (Obs. XV), et nous ne ferons que mentionner les divers traités de chirurgie ou d'accouchements qui traitent la question d'une façon plus ou moins complète et qui sont indiqués dans notre index bibliographique.

ÉTIOLOGIE

Si nous nous reportons aux auteurs qui nous ont précédé, nous voyons que Velpeau dans son traité, A. Cooper et Fingerhuth dans leurs observations signalent que l'hypertrophie mammaire survient surtout au moment de la puberté. Chez les femmes non mariées, elle ne se reproduit guère qu'entre 30 et 40 ans, et Velpeau fixe les limites de l'apparition de cette affection entre 15 et 40 ans.

Dewille, interne de Velpeau, cite un cas d'hypertrophie mammaire chez une fille âgée de 17 ans.

Très nombreuses sont les causes susceptibles d'amener l'hypertrophie mammaire.

Pour les uns, comme Jördens et Skuhersky, elle serait due à une menstruation précoce, chez des sujets à seins volumineux. Les seins subiraient le contre-coup de l'évolution et de la suractivité des organes génitaux au moment de l'établissement des règles.

Pour d'autres, l'hypertrophie mammaire serait liée principalement au tempérament lymphatique chez des individus présentant en outre une grande activité sexuelle.

Les causes occasionnelles sont représentées par les troubles ou les modifications de la menstruation, son arrêt par la grossesse ou tout autre cause ; l'accouchement, les excitations des

mamelles au moment de la puberté, enfin les coups, les chutes et les traumas de quelque nature qu'ils soient.

Mais sans contredit, de toutes ces causes, la plus évidente et la plus importante, celle qui a fait l'objet des remarques les plus nombreuses et qui a le plus attiré l'attention des auteurs, c'est les troubles de la menstruation.

C'est ainsi que J. Sennert, après avoir signalé la constitution du sujet, l'alimentation, la prolongation du sommeil, comme pouvant amener l'hypertrophie des glandes mammaires ajoute : « et *mensium fluxus mediocris vel parcior*, sicut et sequens mammarum contrectatio qua calor et sanguis copiosior ad eas attrahitur ».

La suppression brusque des règles est encore invoquée.

La grossesse, par les modifications qu'elle détermine dans les organes génitaux et dans leurs annexes, se présente naturellement, sinon comme la première, au moins comme la plus fréquente des causes de l'hypertrophie mammaire.

Son influence, non douteuse, est intéressante à étudier sous ses différentes formes. C'est ainsi que parfois l'hypertrophie débute avec la première suppression des règles et évolue dès la première grossesse ; dans d'autres cas, au contraire, la première grossesse n'a produit aucun phénomène pathologique du côté des seins, et c'est seulement à la deuxième grossesse, comme le montre notre observation III, ou même plus tard ou encore à la fin de la grossesse (Esterle) que l'affection mammaire se déclare. Benoît et Mouteils (Obs. XI), nous montrent un cas curieux où l'hypertrophie ayant débuté avant l'apparition des menstrues, la malade a vu son état s'améliorer seulement après la grossesse.

De plus, il n'est pas rare de voir une hypertrophie mammaire ayant débuté avec une grossesse, s'améliorer après l'accouchement, mais se répéter en s'exagérant à chaque grossesse

ultérieure. C'est ce qui ressort des observations de V. Swieten, de Skuhersky, de Saccaza, de Romec.

L'hypertrophie mammaire a encore été signalée chez des jeunes filles non encore réglées. Tels sont les cas de Marjolin chez une jeune fille de 15 ans $1/2$; de Malgaigne chez une malade de 16 ans et de Manec sur une autre de 18 ans.

Schaal de Culm a noté une hypertrophie mammaire chez une femme de 36 ans où l'affection a 18 ans de date, et qui n'a jamais été réglée.

Rousseau (Obs. I), a produit une observation intéressante qui peut permettre de conclure que, dans certains cas, l'hypertrophie peut être due à une prédisposition héréditaire.

Enfin, disons qu'il peut n'y avoir qu'un sein d'hypertrophié, et d'après Nélaton, c'est le sein gauche qui est affecté plus souvent que le droit.

OBSERVATION I

Hypertrophie des mamelles causée par la grossesse.

M... B..., née à Biauwez (Belgique), âgée de 28 ans, de forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, s'est occupée dès sa jeunesse à de rudes travaux ; elle est mariée à un ouvrier de grosse forge.

Son père est mort jeune, sa mère vit encore et elle est robuste. Réglée à 15 ans, elle offrait une exubérance de seins tellement peu commune, que, dans son village et les environs, on disait qu'elle en possédait une charretée, qu'elle dissimulait avec soin en se comprimant la poitrine ; aucun travail inflammatoire n'y fut jamais observé. Elle eut ses règles, pour la dernière fois, le 15 mars 1856, et l'on présuma une grossesse ; puis, aussitôt, elle fut affectée d'une fièvre typhoïde ; pendant cette maladie, ses seins prirent un développement extraordinaire qui n'a fait qu'augmenter depuis.

Actuellement elle est toujours couchée; le volume et le poids de ses seins la mettent dans l'impossibilité de se tenir, ou debout, ou assise; tous les moyens possibles ont été imaginés, mais en vain, pour alléger ces deux masses dans la station. La figure est maigre, le teint pâle, l'appétit bon, le pouls toujours précipité et offrant 90 pulsations par minute. Ses énormes mamelles lui tombent sur les cuisses et elle est obligée de se tenir constamment sur l'un des côtés, ce qu'elle ne peut faire que lorsqu'on a soulevé préalablement et avec peine ces deux masses hypertrophiées.

Chaque mamelle a 70 centimètres de longueur et 90 de circonférence. La peau est épaisse, sa couleur est normale, mais les pores sont espacés et presque béants. En palpant, on sent que l'on manie une masse spongieuse, et le tremblement de cette masse, quand on la remue, fait comprendre qu'elle est imprégnée d'un liquide. Le sein gauche n'a plus de mamelon; le sein droit, à la place du mamelon, présente une masse dure, noirâtre à la surface avec odeur de gangrène et une suppuration superficielle et fétide.

Le docteur Rousseau, pour se rendre compte de la nature de la tumeur, se décide à y faire une ponction, dans le courant de septembre. « J'enfonçai, dit-il, un trocart à une profondeur de 6 centimètres; il s'écoula par la canule, lentement et goutte à goutte, un liquide limpide qui, après être tombé dans le vase se coagulait en blanchissant un peu à sa surface, à la façon du collodion qui s'épaissit. Craignant que la malade, déjà fortement impressionnée, ne s'affaiblît, je fis une compression légère, et un instant après, tout s'arrêta. »

Depuis ce temps, la malade est toujours dans le même état; elle est continuellement couchée, boit et mange bien, et attend que le terme de sa grossesse amène un changement quelconque à cette étrange situation (Rousseau).

PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le développement de la glande mammaire s'effectue comme celui des glandes sébacées avec lesquelles elle offre beaucoup d'analogie.

Physiologiquement, au début, dès la naissance, elle est extraordinairement vascularisée, elle est tuméfiée et remplie d'un liquide analogue au colostrum. Chez quelques nouveau-nés, on a noté que la pression pouvait faire sourdre quelques gouttes de liquide.

Chez quelques-uns même cette fluxion de liquide mammaire a pu amener une inflammation assez vive et déterminer de véritables phlegmons. C'est Osiander en Suède et Pacco en Russie qui ont signalé et étudié ces phlegmons de la mamelle au moment de la naissance.

En France, Allix, Gubler et Bucquoy, ont repris la question et il résulte d'une de leurs statistiques que ce phlegmon s'est produit chez 149 nouveau-nés sur 265.

Péan après Faye de Christiania a constaté que sur cinq enfants atteints de cette affection on pouvait compter en moyenne trois garçons et deux filles. Bouchut abonde dans ce sens au point de vue de la prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin.

De la naissance à la puberté, le développement de la glande mammaire reste silencieux.

Mais au moment où se produit l'évolution des organes génitaux, qui vont entrer dans la période d'activité sexuelle, la glande participe largement au développement de ces organes et c'est alors qu'elle se complète pour ainsi dire chez la jeune fille. Chez le jeune garçon, au contraire, elle va peu à peu s'atrophier, mais il n'est pas rare à cette époque de la voir être le siège d'une rougeur vive, de sensations aiguës de douleur et de brûlure lorsque le mamelon est en contact avec les vêtements.

C'est donc au moment de l'apparition des règles que la glande a toute son activité chez la femme. Cette activité s'exagère encore pendant la grossesse pour arriver enfin à son complet épanouissement pendant toute la durée de la lactation.

Non seulement la glande s'arrondit, se gonfle, prend une consistance plus ferme et voit se développer en elle une vascularisation très riche et très abondante, mais les téguments eux-mêmes sont plus tendus et plus colorés ; les glandes sébacées de l'aréole sont elles aussi plus développées, et les glandes sudoripares, dit M. le professeur Sappey, présentent sur leur trajet des flexuosités nombreuses et même des varicosités, ce qu'il n'est donné nulle part ailleurs de pouvoir observer.

Il se produit un épaississement proportionnel de la couche grasseuse sous-cutanée. Le tissu cellulaire prend peu à peu un volume plus considérable et il s'y mêle en même temps des fibres élastiques et du tissu adipeux.

Les conduits galactophores, naguère dans un état d'atrophie presque complet reparaissent, s'allongent, croissent dans leur calibre, se ramifient et il se forme des lobes et des lobules à leurs extrémités. Le système lymphatique se développe surtout dans la profondeur, de riches réseaux se forment qui vont finalement se jeter dans les troncs qui enlacent les lobes et les lobules et qui vont enfin se réunir aux ganglions de l'aisselle.

Enfin se produit la fonte globulaire et apparaît le colostrum.

La lactation terminée, tout rentre dans l'ordre primitif; les culs-de-sac glandulaires n'existent plus comme l'a si bien montré Ch. Robin, et les conduits galactophores subissent un retrait si considérable que ceux qui s'étendaient jusqu'à la circonférence de la glande, ne correspondent plus par leur origine qu'à la partie centrale et que ceux qui sont au degré le plus avancé d'atrophie, se rétractent tellement qu'ils viennent se grouper au-dessous du mamelon. Les lobules qui s'étaient formés à leur extrémité viennent s'appliquer immédiatement sur leurs parois et quelques-uns même arrivent à un tel degré d'atrophie qu'ils semblent avoir complètement disparu.

Voyons maintenant comment se comporte la mamelle quand elle est atteinte d'hypertrophie.

Anatomie pathologique. — Et d'abord à quel moment débute l'hypertrophie mammaire proprement dite? Le volume des seins est en effet éminemment variable. M. le professeur Sappey donne comme dimensions moyennes 11 à 12 centimètres de diamètre horizontal, 10 centimètres de diamètre vertical, et 5 à 6 centimètres pour le diamètre antéro-postérieur, mais ce n'est là qu'un moyen de fixer à peu près les idées.

On reconnaît l'hypertrophie mammaire à sa formation rapide et aux dimensions considérables que les seins ne tardent pas à atteindre.

On a vu des seins qui avaient jusqu'à 1 mètre de circonférence et dont le poids dépassait 30 livres. Durston cite un fait où la mamelle gauche qui fut enlevée pesait à elle seule 64 livres. Mais c'est là un fait qui doit être considéré comme exceptionnel, s'il faut en croire la statistique de Puech où il montre que le poids moyen des mamelles hypertrophiées, oscille entre 4 et 15 kilogrammes.

La forme de la mamelle hypertrophiée varie suivant la période de la maladie à laquelle on la considère. Au début, elle est ferme et saillante en avant; plus tard, elle devient flasque, retombe et il se forme un pédicule qui s'allonge de plus en plus jusqu'à permettre à la tumeur de dépasser l'ombilic et l'épine iliaque dans la station debout, et de s'appuyer sur le pubis et les cuisses dans la station assise.

La peau reste en général sans altérations, elle n'est d'ordinaire ni épaissie, ni indurée, ses pores seuls sont élargis. Elle ne présente pas d'adhérences avec les parties profondes.

Cadiat qui a fait une étude histologique complète de la glande mammaire s'exprime ainsi :

« Le sein de la femme, en dehors de la grossesse, est constitué essentiellement par une masse fibreuse au milieu de laquelle on peut voir ramper quelques filaments qui représentent les canaux galactophores. Si la masse de ce tissu devient plus volumineuse, on a affaire à l'hypertrophie mammaire.

Dans ce cas, les canaux galactophores restent en général à l'état de filaments. Ils sont seulement un peu plus gros qu'à l'ordinaire, mais leur longueur augmente dans une plus grande proportion puisqu'ils se prolongent dans toute la masse. *Ce qui s'hypertrophie surtout, c'est la plaque fibreuse.* »

Cette manière de voir est confirmée par l'examen d'un sein hypertrophié enlevé par Richet sur une jeune fille de 16 ans. L'examen microscopique n'y fait découvrir que des canaux galactophores très petits comme sur un sein normal; çà et là on rencontre quelques culs-de-sac glandulaires incomplètement développés et remplis d'un liquide séreux.

C'est bien là, ajoute Cadiat, un vrai type d'hypertrophie mammaire, *puisque'il reproduit exactement la structure du sein à l'état normal.*

Labarraque rapporte l'examen d'une tumeur hypertrophique du sein fait par Demarquay et Robin, et il dit :

« Toute la masse est enveloppée par un mince feuillet fibreux s'enlevant facilement et au dessous duquel on voit des masses globulaires de grandeur et de formes différentes dont chacune est enveloppée d'une gangue fibreuse qui l'isole parfaitement de ses voisines.

A la coupe, on a des aspects différents suivant le lobe que l'on considère. Dans les uns, on voit une surface blanchâtre granuleuse. Chaque granulation, à la dissection, fait voir qu'elle est parcourue par des canaux à surface interne lisse, polie et humectée par un liquide onctueux. Ces canaux se terminent en cul-de-sac, plongeant dans la gangue fibreuse.

Dans d'autres lobes, au contraire, c'est l'élément glandulaire qui a la prédominance, et les canaux atteignent le calibre d'une petite plume d'oie.

Dans d'autres encore, la surface de coupe est blanche, unie, presque lisse, il n'y a plus de granulations ; l'aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs fibreuses.

Quelques-uns enfin, à la coupe, se montrent entourés d'une coque fibreuse résistante au scalpel ; fibroïde en un mot ; mais, par le raclage, ne rapportent pas sur la lame du scalpel le suc cancéreux caractéristique. »

Nous pouvons encore confirmer les opinions précédentes par celle de Billroth qui a fait un examen chez une femme où l'hypertrophie avait débuté à 19 ans, et qui mourut à 23 ans, après un avortement à cinq mois. Billroth a trouvé : dans certains points, l'hypertrophie glandulaire pure, caractérisée par la multiplicité et les grandes dimensions des acini ; dans d'autres, une hypertrophie en quelque sorte mixte, où l'élément fibreux participe à l'hypertrophie générale. Mais dans cette seconde forme encore, l'élément glandulaire conserve ses

fonctions physiologiques et ses éléments propres sont remplis de colostrum.

Skuhersky a noté un développement anormal de la multiplicité et des dimensions des vaisseaux lymphatiques.

Les veines sont le plus souvent élargies, mais les artères sont le plus souvent normales, sauf en quelques points où leur calibre s'est accru.

Le sang, d'après Naumann, renfermerait une grande quantité d'acide carbonique libre.

Les nerfs ne semblent pas participer à l'hypertrophie générale.

Dans une observation de Lotzbeck (Obs. II), rapportée par Labarraque, le professeur Schlossberger a fait l'analyse quantitative du lait. En voici les résultats :

Eau.....	67.52
Graisse.....	28.54
Sucre et matières extractives.....	0.75
Caséine.....	2.75
Sels.....	0.41

La graisse est donc contenue en quantité considérable dans ce cas, et ce fait est particulièrement remarquable, car la malade ne présentait d'hypertrophie que d'un seul côté et sans aucun trouble menstruel ni sexuel.

Les urines sont d'ordinaire normales, sauf dans quelques cas où on y a rencontré du sucre en petite quantité.

Les seuls troubles à distance portent sur le cœur. On ne note rien dans les poumons ni l'estomac.

Le squelette est parfois légèrement déformé et présente un certain degré de cyphose. (Obs. X.)

OBSERVATION II

(Résumée.)

Hypertrophie mammaire unilatérale, suite de grossesse. Examen anatomo-pathologique.

Femme de 26 ans, jamais de troubles des fonctions menstruelles. En 1850, développement d'une tumeur au sein gauche. Après le mariage, en 1853, et après deux grossesses, la tumeur prit un développement de plus en plus grand, et finalement, acquit un tel volume, que le sein atteignait l'ombilic.

En juin 1858, le sein fut enlevé, il pesait 16 livres et demi.

Examen. — Téguments amincis, normaux ; tissu adipeux abondant, traversé de canaux galactophores de dimensions variées, se réunissant dans la région du mamelon, pour former des sinus du volume d'une noisette, et s'ouvrant à la façon ordinaire au mamelon. La masse de la glande était polie, brillante, unie, traversée de nombreux canaux galactophores, distendus par du lait, avec des dilatations et des rétrécissements successifs. Dans la moitié inférieure du sein, on voit une cavité du volume du poing, environnée d'un tissu compact de deux doigts d'épaisseur et remplie de lait. Les parois présentaient des masses de tissu conjonctif, recouvertes d'une matière butyreuse, et où s'ouvraient un grand nombre de canaux galactophores grands et petits.

Au microscope. — Sur des fragments cuits dans de l'acide pyroligneux étendu, puis séchés, on trouve que le stroma consistait en tractus fibreux de tissu conjonctif feutré assez grossier, et dont les cellules, munies de nombreux prolongements, communiquent entre elles et contiennent, par ci par là, quelques granulations graisseuses. Les petites vésicules pyriformes, arrondies ou allongées des acini, présentent environ un à deux centièmes de millimètre, c'est-à-dire sont un peu plus volumineuses qu'à l'état normal, et renferment, de même que les premiers conduits excréteurs, un grand nombre de petits noyaux avec des nucléoles brillants, à contour très net, et un grand nombre de globules graisseux.

Les conduits excréteurs, plus volumineux, avaient une structure ordinaire. Les parois des cavités étaient formées par un tissu conjonctif à fibres compactes, entremêlées de cellules, mais sans trace d'éléments glandulaires. L'origine de ces cavités était due probablement à une dilatation partielle du tissu par accumulation de son contenu, qui avait amené d'une part, une destruction de la substance glandulaire; d'autre part une nouvelle formation du tissu conjonctif.

Cette observation est remarquable en ce sens que, l'hypertrophie porte sur un seul sein, et qu'elle s'est produite sans trouble des fonctions menstruelles et sexuelles. (Lotzbeck, d'après Labarraque).

SYMPTOMES

Le début de l'hypertrophie mammaire est en général insidieux. C'est petit à petit que se produit l'accroissement des seins.

Dans quelques cas, excessivement rares, cependant, l'hypertrophie peut se former en une nuit. Durston en cite un bel exemple.

« Une jeune fille de 23 ans se couche en bonne santé, et son sommeil est aussi tranquille que d'habitude. Le matin au réveil, elle est dans l'impossibilité de se retourner dans son lit. Elle s'aperçoit alors que pendant la nuit ses mamelles avaient pris un développement tel qu'elle en fut épouvantée. — Ajoutons qu'elle n'avait pas vu ses règles depuis six mois. »

Donc à part ces cas exceptionnels, le début de l'hypertrophie mammaire est lent. Les seins grossissent progressivement, et suivant l'expression de Velpeau « la malade prend de la gorge ». Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long, quelques mois après le début, que d'ordinaire l'hypertrophie devient évidente.

Dans les premiers temps, les seins sont fermes, saillants en avant, globuleux, élastiques. On croirait, dit Velpeau, « avoir sous les yeux un de ces magnifiques hémisphères si souvent rêvés, si souvent figurés par les artistes ou par les poètes de

l'antiquité ». Nous verrons tout à l'heure que la désillusion n'est pas longue à venir.

La palpation fournit une sensation de dureté inusitée dans le sein hypertrophié ; on a sous la main une sorte de tumeur, dure, résistante, où les doigts ne peuvent pénétrer et que l'on pourrait croire enveloppée d'une couche uniforme de tissu fibro-élastique.

L'hypertrophie de la couche graisseuse sous-cutanée est souvent un obstacle pour sentir les lobules de la glande uniformément indurée.

La peau conserve d'ordinaire son aspect normal. On y remarque cependant un état de tension extrême qui élargit ses pores et dans certains endroits, surtout du côté de l'aisselle, le réseau des veines sous-cutanées se dessine avec un plus grand relief qu'à l'état ordinaire.

A cette époque, on ne note d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, si l'on excepte pourtant ceux qui sont inhérents à la grossesse, lorsque l'hypertrophie se montre chez une femme enceinte. Cependant nous devons noter que généralement il existe de la raucité de la voix et Fingerhuth a même cité un cas où l'enrouement revenait périodiquement aux époques des menstrues, bien que celles-ci aient complètement disparu depuis longtemps.

Le plus souvent, l'hypertrophie évolue sans douleur. Il existe seulement une sensation gênante de picotement et de pincement ayant son siège dans la glande et dans le bras et que l'on peut considérer comme due au poids de la tumeur, souvent aussi on a noté de la gêne de la respiration.

Dans une autre forme, au contraire, il existe des douleurs vives et lancinantes dans la mamelle.

Si le tableau clinique se bornait là, l'affection pourrait être considérée comme bénigne et l'on ne pourrait pas justifier les

opérations sanglantes auxquelles on a dû parfois soumettre les sujets atteints d'hypertrophie mammaire.

Mais voici que bientôt va apparaître le cortège effrayant des symptômes généraux qui suit les progrès de l'hypertrophie.

Comprimé par le poids des seins, l'estomac fonctionne mal, l'intestin lui-même est gêné dans ses mouvements par cette masse énorme qui siège au devant de lui et se sert de la paroi abdominale comme d'un point d'appui. Il en résulte de la perte d'appétit et un état d'amaigrissement qui va en augmentant. Au lit, la malade ne peut trouver une position convenable dans laquelle le poids de la tumeur ne l'incommode pas et ne trouble pas son sommeil. Ajoutons à cela, l'inquiétude qui s'empare de la malade et les troubles nerveux qui se produisent chez elle à la vue de ses seins qui augmentent de volume de jour en jour sans que le traitement apporte la moindre amélioration à son état.

De plus, à force d'augmenter, les seins perdent leur fermeté primitive, ils retombent sur l'abdomen et s'allongent progressivement jusqu'à gagner l'ombilic, puis l'épine iliaque, puis la fosse iliaque qu'ils tendent parfois à dépasser. En même temps, ils se pédiculisent et prennent la forme d'une poire ou d'une outre à grosse extrémité inférieure, exerçant ainsi une traction continue et d'autant plus considérable sur la région supérieure du thorax, que leur pédicule est mieux formé. Non contents de s'accroître en longueur, leur diamètre transversal s'agrandit proportionnellement. Du côté externe, ils empiètent sur le bras qui est parfois obligé de s'y creuser une sorte de sillon (Huston); du côté interne, ils empiètent l'un sur l'autre.

Leurs dimensions deviennent alors énormes. Ainsi Durston, que nous avons cité, a vu deux seins pesant : le droit 40 livres et le gauche 64 livres. Chassaignac et Richelot parlent d'un sein de 30 livres qui descendait jusqu'au genou.

Petrequin a vu un homme avec une mamelle longue de 48 centimètres. Vidal cite un cas semblable où l'extirpation fut couronnée de succès.

C'est alors vraiment que les mamelles méritent le nom de mamelles *pendantes, éléphantiasiques*.

La peau est sillonnée en tous sens de veines superficielles considérablement augmentées de volume, qui lui donnent un aspect bleuâtre.

Le mamelon est le plus souvent effacé, l'aréole est élargie dans de grandes proportions, quelquefois rétractée ou même, complètement invaginée dans l'intérieur de la tumeur, ou au contraire elle est fortement saillante à la partie inférieure. Elle est d'ordinaire le siège d'une pigmentation plus foncée qu'à l'état normal et plus étendue, allant en dégradant du mamelon vers le pédicule.

Le palper est facile à cette époque où le sein est devenu flasque et tremblotant, donnant en certains points la sensation de fausse fluctuation. C'est ce qui explique comment certains chirurgiens n'ont pas hésité à plonger, parfois profondément, la lame du bistouri dans cette tumeur, espérant donner issue au liquide qu'ils croyaient y être contenu.

En embrassant la glande avec la main dans son sens antéro-postérieur, il est assez facile de sentir rouler sous le doigt les lobules glandulaires hypertrophiés. Mais encore faut-il aller les chercher là où ils sont, car sous l'influence du développement de l'affection, le tissu adipeux lui aussi a augmenté de volume, refoulant devant lui les lobules de la glande et on ne les rencontre plus qu'à la partie inférieure. Il semble que la glande ait glissé, pour ainsi dire, au milieu du tissu qui l'entoure et qu'elle soit allée se concentrer dans la région du mamelon. Et cela est si vrai que si l'on embrasse le pédicule, il est rare d'y rencontrer des lobules glandulaires.

On comprend qu'une telle modification des mamelles retentisse sur l'économie tout entière. Aussi les douleurs sont-elles assez fréquentes à cette période. C'est ce qu'on a appelé l'hypertrophie mammaire *avec névralgie*. Ces douleurs sont en général brusques, vives, lancinantes, se répétant assez fréquemment pour ne pas permettre à la malade de se reposer. Elles sont en général localisées aux seins et aux bras, et dues le plus souvent au poids de la tumeur et aux tiraillements que subit par contre-coup le plexus brachial. Aussi, les malades accusent-elles d'ordinaire une grande fatigue.

De plus, la transpiration des seins possède « une odeur sébacée fort intense et très repoussante. » (Benoit et Monteils).

Il existe aussi le plus souvent des troubles de la sensibilité, comme nous avons pu en noter chez notre malade ; diminution de la sensibilité à la douleur, abolition des sensations de froid et de chaud. Cette diminution siège principalement dans le voisinage du mamelon et la sensibilité recouvre son intégrité à mesure que l'on remonte vers le pédicule.

Enfin à la partie déclive des seins, il peut se manifester des œdèmes qui donnent lieu à des kystes parfois considérables, comme le rapporte Kober.

Les troubles de la voix et de la respiration suivent une marche progressivement croissante. Le cœur est gêné dans ses mouvements et les palpitations et l'hypertrophie même sont des symptômes ordinaires de cette affection arrivée à un complet développement.

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes généraux que nous avons du reste déjà signalés. Disons seulement que lorsque le mal ne peut pas être enrayé, à la perte de l'appétit succède bientôt la perte des forces qui s'accompagne d'un amaigrissement rapide ; la fièvre hectique ne tarde pas à apparaître

annonçant l'issue fatale, à moins que la malade ne soit emportée par une complication intercurrente, gangrène, suppuration ou infection purulente.

OBSERVATION III (Personnelle).

(Recueillie à Lariboisière dans le service de mon maître
M. le D^r LANDRIEUX.)

Hypertrophie mammaire survenue au cours de la deuxième grossesse et persistant après elle.

Marie C..., 22 ans, demeurant à Crépy-en-Valois (Oise). Mariée depuis 3 ans, un enfant, entre dans le service le 29 octobre 1894.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte probablement tuberculeuse.

Le père est vivant et bien portant. Il existe deux frères vivants ; d'autres enfants sont morts en bas âge.

La mère avait des seins normaux.

Antécédents personnels. — La malade a eu seulement une variole à 16 ans, dont il lui reste des traces accusées au visage.

Elle a eu un garçon il y a deux ans, l'accouchement a été normal ; elle n'a pas nourri parce que la sage-femme ne lui trouvait pas assez de lait. L'enfant est actuellement bien portant.

L'affection actuelle débuta au commencement d'août 1894.

Ses règles avaient disparu depuis le 20 juillet, et dès la fin de juillet, la malade ressentait des maux de cœur comme dans son autre grossesse.

Au commencement d'août, sans cause apparente, ses seins augmentèrent de volume sans déterminer de douleur autre qu'une sensation de picotement peu gênante. Elle ne se rappelle pas avoir vu d'écoulement lactescent par le mamelon.

L'augmentation de volume des seins se fit dès lors progressivement et d'une façon continue. Cependant il y a quelques jours (15 octobre), sans cause apparente, il y eut une poussée plus aiguë.

Cependant, les seins ne sont jamais douloureux et si l'on en excepte la sensation de picotement signalée au moment de l'appar-

rition de l'affection et qui persiste à l'heure actuelle, ils ne gênent la malade que par leur poids seulement.

Actuellement elle se présente avec les deux seins d'un volume considérable, en forme d'outre tombante, et descendant : le droit, jusque dans la fosse iliaque ; le gauche, un peu au dessous de l'ombilic. Leur forme est arrondie et en poire dont la grosse extrémité est en bas.

Sur les seins on note un léger changement de coloration de la peau qui est rosée et présente de petites veinosités superficielles assez développées ; on voit également les veines plus grosses qui elles aussi sont dilatées. A la partie inférieure, et surtout du côté droit, la peau présente un peu l'aspect d'une peau d'orange et l'on y peut sentir un léger épaissement.

L'aréole très élargie, de la dimension d'une demi-paume de main, est fortement pigmentée et la zone qui l'entoure, présente aussi une coloration brune qui va en s'adoucissant à mesure que l'on s'éloigne du mamelon.

Le mamelon, dont le diamètre mesure environ 2 centimètres, est aplati des deux côtés et émerge à peine des tissus environnants ; il est un peu rejeté vers la partie interne du sein. Il ne présente pas d'écoulement ni d'un côté ni de l'autre.

Le sein droit, mesuré dans sa circonférence transversale à la partie la plus large, c'est-à-dire un peu au dessus du niveau du mamelon, donne : 66 centimètres.

Son contour antéro-postérieur, depuis sa racine en passant par le mamelon, mesure 58 centimètres.

Le sein gauche présente 56 centimètres de circonférence et 48 de contour. Les deux seins sont parfaitement pédiculisés, ils sont fermes à la palpation et se détachent nettement en avant du thorax et de l'abdomen.

Au palper, quand on saisit le sein latéralement, on sent un épaissement marqué de la peau et une augmentation des lobules de la glande. On les sent sous forme de noyaux indurés, ovoïdes, roulant sous le doigt, mais ils disparaissent à la palpation si on saisit le sein dans son sens antéro-postérieur.

En aucun point de la glande on ne sent de tumeur fluctuante.

A la partie interne du sein gauche, on sent une masse de la

grosseur de plusieurs lobes mammaires, très dure et qui donne la sensation d'un petit fibrome. En aucun point de la glande dont la consistance générale est ferme, et un peu moins souple qu'à l'état normal, la pression, même assez forte, n'est douloureuse.

La malade est enceinte et le fond de son utérus remonte déjà à la moitié de la hauteur entre le pubis et l'ombilic.

Dans l'aisselle on sent deux ou trois petits ganglions durs, mais non douloureux.

Etat général. — La malade qui a les cheveux roux, fins et soyeux, présente une teinte pâle, à peine rosée, de la face, comme on en rencontre chez les sujets à tempérament lymphatique. La chair est généralement un peu molle. Ses mouvements sont lents, et sans énergie. Elle paraît peu impressionnable et ne s'affecte pas beaucoup de son état actuel.

Du reste ses fonctions s'accomplissent normalement.

Elle ne tousse pas ; elle mange avec appétit et digère facilement et ne ressent pas d'affaiblissement général.

Elle accuse seulement quelques douleurs de reins et des battements de cœur.

L'auscultation normale à la pointe du cœur fait entendre un souffle à la base et au premier temps.

La palpation du ventre n'accuse rien dans la région de la rate.

La malade dort difficilement à cause de la gêne produite par le poids de ses seins.

Elle ne présente pas d'amaigrissement.

Les urines sont normales.

On remarque une diminution de la sensibilité de la peau dans presque toute l'étendue des seins, moindre à mesure qu'on remonte vers le pédicule ; la sensibilité au froid et à la chaleur est nettement conservée.

La malade partit de l'hôpital le 31 octobre après avoir été examinée par mon maître le docteur Landrieux et par divers chirurgiens auxquels fut soumis ce cas curieux. Comme la malade répugnait à une opération sanglante que ne nécessitait pas d'ailleurs son état, et que d'autre part elle préférait suivre le traitement palliatif qu'on lui indiqua, savoir : compression, iode intus et extra, elle retourna dans son pays où la grossesse suivit son cours.

Pendant toute la durée de sa grossesse, les seins ne cessèrent pas d'augmenter de volume et c'est surtout pendant les trois derniers mois que cette augmentation fut le plus rapide. A ce moment aussi la circulation sous-cutanée veineuse fut plus accusée et la malade dit elle-même que sa peau était « *toute bleue* » par endroits, principalement du côté de l'aisselle.

Pas d'accidents accompagnant l'évolution de la grossesse, si ce n'est vers la fin une légère bronchite qui provoqua une toux opiniâtre pendant environ trois semaines, mais avait cédé au moment de l'accouchement.

L'accouchement eut lieu le 3 avril 1895. Le travail fut de courte durée, et l'expulsion du produit de conception et de l'arrière-faix fut très facile.

L'enfant vint au monde bien portant et, actuellement, il présente tous les signes d'une bonne santé générale. Il est cependant un peu petit pour un enfant de deux mois.

La montée du lait se fit au bout de deux jours environ, dans des conditions normales. Elle ne fut marquée que par une tension douloureuse des seins. Le lait était abondant et la mère avait commencé à nourrir son enfant au sein. Mais M. le docteur Chopinet qui la traitait dès le début de son affection, jugea prudent de supprimer le lait au bout de quatre jours afin d'éviter une nouvelle cause d'augmentation du volume des seins.

Cette sage conduite produisit bientôt son effet. Les seins ne tardèrent pas à s'affaïsser, en même temps qu'ils diminuèrent de volume.

Au 2 juin 1895, c'est-à-dire environ deux mois après l'accouchement, les deux seins se présentent sous l'aspect de deux masses piriformes à grosse extrémité inférieure tombant : à droite, jusqu'au niveau de la crête iliaque antérieure et supérieure ; à gauche, un peu au dessous de l'ombilic.

A la palpation, ils sont flasques et tremblotants à la moindre secousse, et ils vont en s'épaississant depuis le pédicule, où ils ne mesurent guère que 5 centimètres d'épaisseur, jusqu'à la partie inférieure, où, un peu au dessus du mamelon, ils vont jusqu'à 8 et 10 centimètres.

Le sein *droit*, qui tombe naturellement au devant de l'abdomen,

présente du côté axillaire une masse indurée, douloureuse à la pression, de la grosseur du poing environ et difficilement limitable, car elle se continue en haut et en bas avec des lobules mammaires que l'on sent facilement dans toute l'étendue de la glande. Le diamètre transversal, pris au niveau du pédicule, mesure 25 centimètres ; au niveau du mamelon, 32 centimètres. Le mamelon, peu saillant, a environ 2 cent. $1/2$ de diamètre, l'auréole 5 centimètres.

Le sein *gauche*, moins volumineux que le droit, présente aussi moins d'épaisseur et une forme plus régulièrement rectangulaire, n'empiétant pas sur le bras placé le long du corps, comme le fait le sein droit. Le diamètre transversal de son pédicule n'atteint plus que 13 centimètres ; le mamelon, pas beaucoup plus large qu'à l'état normal, est saillant et bien formé.

Dans l'aisselle droite, on sent un petit ganglion roulant sous la peau, mais nullement douloureux.

La peau des deux seins est blanche dans toute son étendue et présente un aspect normal. Il n'existe ni rougeur ni érythème d'aucune sorte, ni dans les sillons qui séparent les pédicules des seins de la paroi antérieure du thorax, ni dans le sillon intermammaire.

La malade se porte bien, et se plaint seulement de douleurs fugitives dans le sein droit, au point où l'on sent la masse indurée dont nous avons parlé ; cette douleur s'exagère à la pression et se répercute d'ordinaire dans la région dorsale, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

La malade a vu revenir ses règles six semaines après l'accouchement ; elles ont été aussi abondantes que d'ordinaire. Elle n'a eu depuis aucun autre écoulement utérin.

L'état général est excellent ; les fonctions respiratoires, circulatoires et digestives se font bien ; la malade a repris ses occupations habituelles, elle fait son ménage et même quelques travaux dans les champs.

Elle continue à prendre de l'iodure de potassium à l'intérieur et à faire une compression légère sur les glandes hypertrophiées.

OBSERVATION IV

Hypertrophie mammaire se reproduisant à deux grossesses successives.

Mirum casum vidi bis in eadem muliere. Dum gravida esset, incepit dextra mamma tumere, absque dolore : tumor ille augebatur quotidie, ita ut octavo graviditatis mense mammæ moles femur attingeret et deberet suspensorio sustineri ; aliter incedere non potuisset misera. In vasta illa mamma, poteram distinctissime tangere sex tubera non cohærentia sibi in vicem, pugnum mole æquantia, satis mobilia.

Dum pessima quæque nutuebam, mirabar, post felicem partum, totam hanc molem minui, tubera solvi, ita ut intra bimestro spatium, mamma rediret fere ad solitam magnitudinem ; nec vel minima durities tactu percipi poterat : magis flaccida et pendula erat tamen quam sinistra. Nullum autem adhibitum remedium fuit. Post biennium denuo gravidæ omnia eadem contigerunt, eodem pariter post partum eventu. (G. V. Swieten, d'après Romec.)

OBSERVATION V

Hypertrophie mammaire survenue pendant la grossesse. Trois grossesses.

Mon attention fut singulièrement attirée par une femme à qui le développement considérable des seins interdisait de sortir sans éveiller la curiosité publique, et qui ne pouvait, après une marche un peu longue, en supporter le poids. Cette femme avait plus de 26 ans, et bien qu'elle parût d'une constitution assez forte son teint était plutôt pâle. Elle semblait être d'un tempérament assez lymphatique.

Réglée à 14 ans, elle avait vu ses menstrues durer trois jours à chaque période et se produire sans exagération. Les seins, à l'état ordinaire, étaient assez forts, mais ils n'avaient pas un volume anormal, et du reste, sa mère et sa sœur les avaient encore plus

développés qu'elle. A cette époque, j'appris qu'elle en était à sa troisième grossesse et qu'elle percevait les mouvements de l'enfant. Chaque fois après la conception, les règles cessaient, et aussitôt les seins se développaient à vue d'œil. Ceux-ci, dont le lait coula par la pression dans le cours de la première grossesse, allaient en augmentant de volume : à la première grossesse ils étaient moins volumineux qu'à la seconde ; mais à la troisième ils prirent un développement beaucoup plus considérable qui s'accrut encore vers la fin de la gestation.

Ils avaient des dimensions telles que son ventre disparaissait complètement sous eux. Quand elle s'asseyait, ils retombaient sur les genoux, qu'ils recouvraient presque en entier. Le bras droit traçait un sillon profond sur la partie des seins qui lui servait de point d'appui. Les seins avaient une apparence presque repoussante et exhalaient une grande quantité de sueur. La moindre pression laissait une trace persistante. Au toucher, la masse n'était pas dure ; les glandes du sein étaient seulement beaucoup plus grosses qu'à l'état normal.

La malade ne sentait aucune douleur au repos ou quand elle était assise. Elle souffrait seulement par le toucher, la pression, les mouvements des bras ou des hanches et la marche ; et pendant les derniers temps, peu avant les couches, par le moindre mouvement, la moindre occupation. Elle passait la plupart des nuits sans repos.

Elle avait mis au monde son premier enfant dans des conditions très favorables ; il vit et se porte parfaitement, bien qu'il ait été privé du lait maternel. La disparition du mamelon s'opposait à ce que l'enfant prit le sein.

Son second enfant vint au monde vivant, cinq semaines avant terme, il mourut de faiblesse presque aussitôt. L'accouchement s'était fait d'une façon normale. A ses dernières couches, la jeune femme éprouva un frisson le matin, neuf jours avant sa délivrance, et le 28 mai, elle mit au monde un enfant dont la mort remontait à huit semaines.

Peut-être peut-on attribuer ce fait à une toux violente qui persista six semaines ; mais nous partagerions volontiers l'avis de la malade, qui attribue l'accident à une pression très forte et constante des

seins sur le ventre, laquelle avait été plus considérable à cette dernière grossesse qu'aux précédentes.

Le troisième jour après la délivrance se fit la montée du lait, et les seins étaient alors plus durs et plus douloureux. A peine s'était-elle produite que les seins commencèrent à diminuer, de sorte que trois semaines après, ils avaient perdu la moitié de leur volume et étaient devenus plus mous que dans l'état de vacuité, sans cependant être ridés. Au bout de cinq semaines ils s'affaissèrent tout à fait, devinrent pendants, ridés, et ne donnèrent plus de lait. De sorte que, après ces derniers phénomènes du côté des seins, les règles ne reparurent bien que trois mois après.

Au début, j'appliquai des emplâtres résolutifs de belladone et de ciguë, et je donnai à l'intérieur des pilules de gaïac antimoniées, de l'extract de douce-amère et d'aconit. Ces moyens calmèrent les douleurs aiguës, mais ne suffirent pas à faire diminuer le développement exagéré des mamelles.

Je fis alors une saignée abondante aux pieds ; celle-ci enleva les douleurs et diminua le volume des seins. Mais ce traitement ne fut pas de longue durée. Je dus recourir, pour ne pas épuiser la malade par des saignées nouvelles, au calomel et à la scille. Peu de temps après, il me fut possible de constater une importante décrue du liquide, et peu à peu les seins finirent par diminuer complètement de volume (ROMEC).

OBSERVATION VI

Hypertrophie mammaire générale dans le cours de la grossesse.

Anna Z., de Mezzodesco, issue de parents sains, de taille moyenne, de constitution assez robuste, vivant dans des conditions de vie quotidiennes assez satisfaisantes, avait avant son mariage les seins assez développés sans qu'ils excédassent les proportions ordinaires.

Mariée à 20 ans, elle eut un mois après des troubles de l'estomac, des palpitations, ses mamelles commencèrent à croître considérablement, et devinrent le siège de douleurs aiguës.

En deux mois, leur volume était tel que la jeune femme ne pouvait plus en supporter le poids.

Une ponction exploratrice confirma dans la pensée qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie concomitante et dépendante de quelque changement physiologique survenu dans l'utérus. Saignées, purgatifs, diète rigoureuse, digitale, iode, le tout sans avantage.

La maladie durait depuis trois mois, lorsque M. Esterle constata dans les deux seins les caractères suivants : ils ont à peu près le même volume ; la périphérie de chacun d'eux mesure environ 1 m. 08 ; la distance du mamelon au bord interne de la mamelle est de 40 centimètres ; le poids de chaque sein peut s'élever approximativement de 25 à 30 livres. Le centre de la tumeur est occupé par le mamelon distendu et complètement aplati. Toute la superficie est parcourue par des veines nombreuses et énormément dilatées. La peau qui recouvre les seins est molle, non tendue, plus épaisse qu'à l'ordinaire, de couleur et de sensibilité normales. Dans le pli existent des érosions très douloureuses. Toute la masse est le siège de douleurs lancinantes, aiguës, qui n'accordent ni trêve ni repos. La malade est presque condamnée au repos par le poids extraordinaire de ses deux mamelles.

Nutrition générale mauvaise, pas d'appétit, selles lentes, respiration haletante, mouvements du cœur vifs, pouls fréquent et petit. A cette époque on parvint à reconnaître la grossesse, et on lui attribua cet accroissement immense des mamelles. Les caractères anatomiques de la tumeur et l'absence totale de tout indice d'une autre altération pathologique des tissus, ne laissent aucun doute sur la véritable nature de cette masse, que nous reconnaissons être une simple hypertrophie de tous les éléments constitutifs de la glande (acini, lobes, canaux galactophores, vaisseaux sanguins), puis du tissu cellulaire et adipeux qui enveloppe et unit les différents lobes.

Après avoir constaté l'impossibilité d'intervenir chirurgicalement, nous nous bornons aux prescriptions suivantes : badigeonnages à la teinture d'iode, applications d'extrait de saturne sur les exco-riations.

Cependant le volume des seins continue, bien que lentement, à

s'accroître; les douleurs augmentent; la morphine donne un peu de repos à la patiente en lui permettant d'attendre le terme naturel de sa grossesse.

L'accouchement est régulier et heureux. Aussitôt après les mamelles se remplissent de lait, qui s'écoule spontanément et en assez grande abondance, fait heureux, car le manque absolu de mamelon s'opposait à l'allaitement. Bientôt la sécrétion du lait diminue, puis se tarit. Les seins se flétrissent. Cinq semaines après l'accouchement, la mamelle droite était réduite à un cinquième de son volume pris au premier mois de la grossesse, la gauche à moins de la moitié. Un mois et demi après l'accouchement, la femme était fort bien et se levait; son hypertrophie diminuait de plus en plus, lorsque tout à coup, la jeune femme fut saisie sans cause connue d'une entérite grave, laquelle devint mortelle en douze jours.

En sorte qu'on ne put savoir si l'hypertrophie se serait entièrement résolue, ou si une autre grossesse l'aurait de nouveau reproduite (Esterle).

OBSERVATION VII

*Hypertrophie mammaire double, dans le cours de la grossesse.
Trois grossesses.*

Jeune dame âgée de 22 ans; de taille moyenne, de bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais présenté quelque manifestation d'une diathèse quelconque.

Mariée à 17 ans, elle constata, peu après son mariage, la suppression des menstrues. Elle crut à une grossesse; en même temps ses seins commencèrent à gonfler d'une manière progressive et sans douleur. Un mois après, fausse couche. Les deux mamelles diminuèrent alors sensiblement et reprirent leur état normal.

Deux mois après, nouvelle grossesse, suppression des règles, augmentation notable du volume des seins, qui prennent d'abord une forme globuleuse et ne tardent pas à devenir pendants. Du reste, ils ne sont le siège d'aucune douleur, et la santé générale n'est nullement altérée. La grossesse suit son cours, et les

mamelles continuent à augmenter de volume, et toujours sans douleur.

La jeune femme met au monde un enfant à terme, qui dut pendant le premier mois être allaité au biberon, à cause du manque de mamelon provisoirement effacé. Après ce temps l'enfant peut prendre le sein, la mère continue à allaiter et peu à peu les seins diminuent.

Après le sevrage, au bout de dix mois, sans que les seins eussent repris exactement leurs dimensions normales, il ne restait qu'un très léger gonflement avec flaccidité et un peu d'allongement de ces organes. La peau restait le siège de plis et vergetures provenant de la distension qu'elle avait subie. Nous insisterons cependant sur ce fait qu'une pédiculisation des deux glandes, s'était opérée rapidement après la suppression menstruelle.

Quelques mois après le sevrage, survient chez notre jeune femme une troisième grossesse. Mêmes phénomènes qu'aux grossesses précédentes, néanmoins l'hypertrophie mammaire prend une marche plus rapide et en peu de temps les seins ont acquis un volume énorme. La malade s'effraye, quitte la province qu'elle habite et vient à Paris réclamer les soins de praticiens plus expérimentés.

Elle entre le 8 août 1881, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, service de M. le docteur Monod.

A son entrée dans le service, la jeune femme dit être enceinte de trois mois et demi environ. Dès le premier mois, après la suppression des menstrues, elle s'est aperçue de l'augmentation non douloureuse de ses seins, qui, depuis ce temps, n'ont fait que s'accroître au point d'avoir acquis à ce jour des proportions considérables.

Les mamelles représentent deux énormes appendices pédiculés, tombant sur la poitrine et le ventre, descendant même jusqu'au pubis.

Ces tumeurs sont dures, donnant lorsqu'on les ébranle, la sensation de deux masses de gélatine. Elles sont sillonnées de veines énormes. Le mamelon est effacé.

Mensuration.

Sein droit :	Sa plus grande circonférence.....	89 cent.
	Circonférence du pédicule.....	66 —
	Longueur de la base de la mamelle au mamelon.....	36 —
Sein gauche :	Circonférence la plus grande.....	86 —
	Circonférence du pédicule.....	65 —
	Longueur de la base de la ma- melle au mamelon.....	35 —

Pour les deux seins, le diamètre de l'aréole était à peu près le même : égal à 14 centimètres.

La malade a ressenti depuis son entrée à l'hôpital, certains malaises, une grande fatigue, accidents qui peut-être peuvent être mis sur la compte du voyage de la malade. Il ne reste plus bientôt qu'une grande gêne de la respiration.

Le docteur Monod se demande, en présence de cette femme, s'il ne conviendrait pas, de même que dans les cas de rétrécissement du bassin, de vomissements incoercibles, de provoquer l'avortement. Cependant, la seconde grossesse s'étant bien passée, il fut décidé qu'on attendrait.

M. Monod néanmoins se résolut à tenter d'obtenir la diminution de volume de ces énormes tumeurs ; dans ce but il essaya de pratiquer le dégorgement des seins par la succion artificielle. Mais le résultat fut médiocre.

La malade aimant mieux attendre chez elle le terme naturel de sa grossesse que de subir une opération quelconque, quitte l'hôpital et se retire dans sa famille aux environs de Paris.

Là, son état ne s'aggrave pas. Elle mange toujours bien et dort bien ; elle ne souffre que d'une grande gêne respiratoire et de l'immobilité à laquelle elle se trouve condamnée par le poids des deux mamelles qu'elle soutient dans son lit au moyen de deux oreillers. La grossesse suit sa marche normale, la sécrétion lactée est à cette époque abondamment établie, surtout dans le sein droit.

Pourtant, la malade, en ce moment enceinte de plus de cinq mois, commence à s'amaigrir, et ses seins dont le volume actuel est

à peu près le triple de celui qu'ils avaient pendant la deuxième grossesse, ont subi une certaine augmentation depuis notre dernière visite. Le sein droit pèse en ce moment 24 livres, le gauche 20 livres, approximativement. L'écoulement du lait continue, on peut en recueillir 150 à 200 grammes par sein en 24 heures. La mamelle gauche est mieux pédiculisée que la droite et moins tendue. On sent très distinctement dans les deux tumeurs les cordons fibreux et les gros lobes mammaires. Température des mamelles 37°4. La peau est légèrement œdémateuse et conserve quelques instants l'empreinte des doigts. Sensation de picotement dans les deux seins, mais pas de véritables douleurs, si la malade n'exécute point de mouvements. Quelquefois céphalalgie pendant le jour. Nuits bonnes.

L'utérus poursuit son développement, la gêne respiratoire persiste mais n'augmente pas. Les mamelles doivent toujours être soutenues au moyen de deux oreillers placés de chaque côté du corps.

Cet état étant en somme très satisfaisant on conseille toujours à la malade le repos au lit et des toniques.

Diverses petites ulcérations se forment aux points de contact des seins et de la paroi abdominale, lesquelles sont guéries rapidement avec un traitement approprié.

Le malade est revue plusieurs fois avant son accouchement, son état est toujours bon, et on espère pour elle qu'après ses couches, ses mamelles physiologiquement hypertrophiées reviendront à leur état normal. (ROMEC.)

MARCHE

Nous avons vu à la symptomatologie quelle était d'ordinaire la forme du début. Il est lent, insidieux, l'affection s'installe pour ainsi dire sournoisement.

Cette allure lentement progressive se retrouve pendant toute la durée de l'affection si elle évolue en dehors de la grossesse ou si la grossesse n'en est pas la cause première.

Mais si l'hypertrophie mammaire a pris naissance après la suppression des règles qui annonce que l'ovule est fécondé ou bien encore, si l'hypertrophie a débuté avant toute grossesse ou dans l'intervalle de deux grossesses, l'apparition de la grossesse est un excitant énergique.

Les seins qui tout d'abord n'augmentaient que peu à peu quoique d'une façon progressive, arrivent en quelque temps à un volume énorme. Il semble que l'affection ait reçu comme un coup de fouet qui l'amène en peu de temps au summum de ses manifestations pathologiques.

Et du reste cette influence néfaste de la grossesse sur l'hypertrophie mammaire n'a rien qui puisse nous surprendre. Nous avons en effet, au début de cette étude, considéré les mamelles comme des annexes des organes génitaux. Et nous savons parfaitement quelle influence nocive exerce l'apparition de la grossesse, non seulement sur les affections des organes génitaux — fibrome, cancer, kystes, etc. — dont elle hâte la marche, mais

encore sur les affections concomittantes des autres organes, comme par exemple la tuberculose ou les lésions cardiaques. Pourquoi donc nous étonner que la grossesse agisse aussi sur les affections mammaires ?

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'évolution de la grossesse ne semble pas en général être troublée par l'hypertrophie mammaire. A part le cas signalé par Billroth, et que nous avons cité dans le cours de notre thèse, où se produisit un avortement à cinq mois, le plus grand nombre des auteurs a remarqué, qu'en dépit de la masse glandulaire qui devrait, semble-t-il, gêner l'utérus dans son développement, la grossesse suit son cours normal.

Il est vrai que le produit de conception une fois expulsé, l'hypertrophie le plus souvent rétrograde (V. Swieten, Benoit et Monteils, Romec) mais c'est pour reprendre un nouvel élan s'il survient une nouvelle grossesse, et après celle-ci, la rétrocession de l'affection mammaire est moins sensible que la première fois.

C'est sur le fœtus que se produit davantage la répercussion de l'affection mammaire. Les anciens auteurs ne s'étaient que peu occupés de l'état du fœtus et sont en général muets à cet égard. D'autre part, Saccaza signale, dans le cours d'une hypertrophie mammaire, la naissance de deux enfants bien constitués, mais encore étaient-ils plutôt petits. (Obs. XII).

Skuhersky parle de deux enfants nés dans les mêmes conditions ; dont l'un était faible, et l'autre vint au monde privé de vie. C'est d'ailleurs l'opinion de la plupart des auteurs dont l'attention s'est portée sur le fœtus, que l'influence de l'hypertrophie mammaire était d'ordinaire fatale ou au moins nuisible au fœtus.

La durée de l'hypertrophie de la mamelle est essentiellement variable. Lorsque la marche est lentement progressive et qu'il

ne survient aucune complication, la durée moyenne peut être évaluée à 8 ans environ. On a vu cependant des cas où l'affection persistait pendant bien plus longtemps — 18 ans dans la relation de Schaal de Culm — sans entraîner d'issue fatale.

La mort est malheureusement trop souvent la terminaison de cette affection. Sous l'influence de sa marche croissante, l'amaigrissement fait de rapides progrès, les malades arrivent à un état d'émaciation très accusé et la cachexie survient qui met fin aux souffrances du sujet.

Ou bien c'est une complication qui détermine l'arrivée de la période terminale.

Dans des cas plus heureux, l'hypertrophie mammaire reste dans un état en quelque sorte stationnaire, passant, sous des influences diverses, par des alternatives d'augmentation et de diminution. C'est ce que Fingerhuth appelait la guérison.

COMPLICATIONS

Nombreuses sont les complications qui peuvent survenir dans le cours de l'hypertrophie mammaire et, pour les étudier, il est facile de les diviser en deux grandes classes :

1° Celles qui siègent sur la mamelle.

2° Celles qui siègent en dehors d'elle.

1° Le galactocèle est assez fréquent dans le cours de cette affection, comme l'indique Manec. En effet, on sait que chez les femmes atteintes d'hypertrophie mammaire, la lactation ne s'établit pas, ou du moins s'établit d'une façon incomplète. De plus quand les femmes atteintes de cette affection se trouvent dans le cas de provoquer cet état fonctionnel ; et c'est précisément ce qui se produit dans le cours de la grossesse, les mamelles après avoir, comme à l'état normal, présenté le processus fluxionnaire, indice de la formation du lait, tombent bientôt, s'affaissent et se flétrissent.

Dans ces circonstances, il est facile de comprendre que, les produits de sécrétion ne trouvant pas d'issue au dehors, s'accumulent à l'intérieur et donnent naissance à des kystes intramammaires. (Manec, Fingerhuth.)

Les abcès de la mamelle sont aussi une complication fréquente de l'hypertrophie survenue avant le début de la grossesse ou l'accompagnant. Il se produit souvent des fistules et quelquefois même de la gangrène.

La gangrène se montre encore après un choc violent, une chute ou un trauma de quelque nature qu'il soit, parfois chirurgical, portant sur la mamelle hypertrophiée. Elle a son siège le plus commun entre les deux seins.

On a noté fréquemment aussi des érythèmes multiples, de l'intertrigo siégeant principalement dans les sillons qui séparent le pédicule mammaire du thorax et les deux seins l'un de l'autre. Souvent encore il existe des ulcérations cutanées, des érosions étendues, mais superficielles.

D'autres fois ce sont les lésions inflammatoires qui dominent et l'érysipèle n'est pas rare surtout quand il existe à la peau des érosions qui servent de porte d'entrée aux microbes de l'infection.

Disons enfin que certains auteurs ont affirmé que l'hypertrophie mammaire était parfois susceptible de subir la dégénérescence fibreuse ou carcinomateuse; mais leurs assertions s'appuient sur des faits si peu concluants que nous ne croyons pas devoir insister sur ce genre de complication.

2° En dehors des mamelles on a noté de la cyphose consécutive à l'hypertrophie mammaire, le poids des seins produisant peu à peu une déformation de la colonne vertébrale. La cyphose siège alors dans la partie supérieure de la région dorsale.

Les affections pulmonaires ou cardiaques préexistantes s'aggravent du fait de l'hypertrophie : elle donne aussi quelquefois naissance à de l'emphysème pulmonaire.

Enfin une observation curieuse relate un cas de péritonite par rupture d'un kyste de l'ovaire droit, rupture due à l'hypertrophie des mamelles. Et dans cette circonstance, il est naturel de penser que les mamelles et les organes génitaux pouvaient, étant données leurs relations étroites, être sujets simultanément à la même affection.

OBSERVATION VIII

Hypertrophie glandulaire des seins. Erysipèle.

La nommée Pfundt, 22 ans, infirmière, entre le 28 août 1881, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Julien, service de M. Bernutz

Cette femme habituellement bien portante, se déclare malade depuis environ quinze jours.

Réglée à 17 ans, mais d'une façon irrégulière, elle voyait tantôt tous les quinze jours, tantôt tous les deux mois. Elle prétend avoir les seins assez développés depuis ses premières règles.

Accouchée à la Maternité fin juillet, d'un enfant de sept mois, elle fut envoyée au bout de dix jours au Vésinet. Là, pendant la première semaine de son séjour dans cette maison, son lait vint en si grande abondance, qu'elle aurait donné pendant plusieurs jours le sein à deux ou trois enfants.

Bientôt ses seins déjà très développés, augmentent rapidement et deviennent très douloureux. La sécrétion du lait diminue. Apparaissent alors chez cette femme, de la fièvre, de l'embarras gastrique. Les seins deviennent durs. On lui ordonne un vomitif. deux ou trois purgatifs dans l'intervalle d'une semaine, la diète et des cataplasmes sur les seins.

Aucune amélioration ne survenant, la malade est envoyée à la Charité.

28 août. A son entrée à l'hôpital, cette femme se plaint de violentes douleurs dans les seins. Elle a de la céphalalgie, la langue est chargée. Constipation.

Température axillaire 39°2. 112 pulsations. Les seins sont énormes, ils ont un peu la forme de besaces. Ils n'ont pas le même volume. Le gauche est plus gros que le droit. Dans son grand diamètre, le gauche a 62 centimètres de circonférence, le droit n'a que 59 centimètres.

La peau est rouge et épaissie. Sur certains points, à la périphérie, on trouve un bourrelet assez sensible. La palpation est très douloureuse.

La sécrétion du lait est complètement arrêtée.

La malade n'a pas encore eu son retour de couches.

Le 29, matin, T. 38°4 ; soir, 39°7 ; huile de ricin, cataplasmes sur les seins.

Le 30. T. 38°6.

Le 1^{er} septembre. La malade est présentée à M. Berger qui confirme le diagnostic, hypertrophie simple des glandes mammaires, compliquée d'érysipèle, mais sans phlegmon.

On continue l'usage des cataplasmes.

Le 3. La malade perd son enfant qui meurt d'athrepsie.

Le 4. La rougeur est très vive. Les seins toujours très durs et très douloureux. La fièvre est tombée. On remplace les cataplasmes par la poudre d'amidon.

Le 6. L'érysipèle a disparu.

Le 10. Depuis hier soir l'érysipèle a reparu. Cette nouvelle poussée est probablement venue à la suite d'un refroidissement. Fièvre, céphalalgie, constipation. Huile de ricin, poudre d'amidon.

Le 12. Grande amélioration. La malade, après deux nuits d'insomnie a pu reposer cette nuit. Elle souffre beaucoup moins.

Le 18. La nouvelle poussée d'érysipèle a disparu. Les seins semblent diminuer peu à peu. La palpation permet de constater que l'hypertrophie des seins tient à l'augmentation de volume de la glande, dont les différents lobes se perçoivent sous forme de bosselures, et non à la présence de tissu adipeux.

Le 24, cette malade part pour le Vésinet (Romec.)

OBSERVATION IX.

Hypertrophie des deux seins. Kystes mammaires. Mort par épuisement.

L. W..., âgée de 23 ans, d'une complexion délicate, était atteinte d'une tuméfaction de la mamelle, qui avait existé depuis plusieurs années sans cause connue, qui s'était développée depuis peu, et avait pris, depuis six mois seulement, une marche beaucoup plus rapide : la mamelle avait atteint dans un court espace de temps un tel volume que la malade ne pouvait plus se livrer à ses occupa-

tions ordinaires. Les divers agents thérapeutiques dont elle avait fait usage, par les conseils de son médecin, n'ayant produit aucune amélioration, elle se décida à abandonner la maladie à elle-même. Elle resta ainsi pendant dix mois : durant ce temps il s'opéra un changement dans la tumeur, qui augmenta de volume plus rapidement, et qui parut se ramollir dans sa partie centrale. Dans la pensée qu'il y avait un abcès à cet endroit, on appliqua successivement sur la tumeur des cataplasmes de nature diverse qui n'amènèrent point l'ouverture de l'abcès et ne rendirent point la tumeur plus molle. C'est alors que je vis la malade pour la première fois. La tumeur avait 70 centimètres de circonférence. Sa surface était uniforme, et elle présentait, au toucher, les signes caractéristiques de l'hypertrophie. A peu près sur la ligne médiane, mais un peu inférieurement, je remarquai une tache bleuâtre, au-dessous de laquelle la fluctuation était manifeste. A cette époque, de même que pendant tout le temps de la maladie, la tumeur était indolente ; l'humeur de la malade était gaie.

Cependant sa santé générale était sérieusement altérée depuis deux mois ; elle avait perdu son embonpoint, éprouvait des pincements dans la région du cœur, une constriction à la poitrine, une toux sèche et avait perdu l'appétit. Dans cet état, je ne pouvais attendre de succès que de l'extirpation de la mamelle ; mais la malade repoussa cette opération. Cependant elle me demanda, sinon une cure radicale, au moins un soulagement. Alors, pour m'assurer de la nature du liquide, je fis une ponction dans le point qui donnait de la fluctuation, et il s'écoula 100 à 120 grammes d'une sérosité jaune. Cette évacuation fit perdre à la tumeur une partie de son volume. Dans l'espoir de déterminer l'inflammation adhésive des parois de la poche et de prévenir par là une nouvelle accumulation de liquide, j'établis une pression modérée au moyen d'une bande. Mais la malade ne put supporter aucune pression continue. La plaie se ferma promptement, et au bout d'un mois, la collection s'était reformée comme avant la ponction. Fatiguée des tentatives inutiles de la médecine, la malade ne voulut plus en supporter aucune autre, et traîna une vie languissante pendant cinq mois, au bout desquels elle mourut dans un état d'épuisement complet. A l'inspection cadavérique, on reconnut une hypertrophie très bien

caractérisée de la glande mammaire. Dans deux points, le tissu de la glande était devenu plus dur, et dans le voisinage, il existait *deux simples kystes*, remplis de sérosité jaunâtre, qui probablement étaient le résultat de l'agrandissement de quelques cellules du tissu cellulaire qui avaient été privées de leur communication naturelle (FINGERHUTH, d'après LABARRAQUE).

OBSERVATION X

(Résumée).

Hypertrophie générale des mamelles. Absès, fistules, péritonite suraiguë. Mort.

Femme bien portante jusqu'à l'âge de 15 ans, époque où la menstruation, qui s'était établie depuis quelque temps, et avait été régulière, s'arrête subitement pendant deux ans à la suite d'un bain ; à partir de ce moment les seins, déjà assez gros, commencent à s'hypertrophier, et après ces deux années ils avaient acquis un tel volume qu'ils ressemblaient à deux grands sacs pendants le long du thorax, le recouvrant en entier, en avant et en arrière. Toute médication resta sans succès. Il se forma dans les seins des absès qui donnèrent lieu à une suppuration abondante, à des ulcérations et à des fistules. La malade fut alitée pendant cinq ans. Tout mouvement était accompagné de douleurs persistantes pendant des journées entières. L'abondance de la suppuration ramollit les seins ; mais leur volume resta toujours extraordinaire. Le sein droit pesait alors 13 livres : ce poids déterminait une *cyphose* dans la colonne vertébrale. Un pareil état dura 18 ans, avec formation incessante de nouveaux absès, dont l'un a laissé au sein droit, depuis 1857, un trajet fistuleux profond qui ne se ferma jamais. Pendant cette longue période de dix-huit années, la malade a eu successivement une fièvre typhoïde, une fièvre intermittente, une rougeole, une méningite, une pneumonie.

Le 1^{er} août 1860, mort par péritonite à marche rapide.

Autopsie. — Péritonite due à la rupture d'un kyste de l'ovaire droit, qui avait eu lieu pendant une époque menstruelle. Le sein

droit descendait jusqu'au grand trochanter ; le gauche jusqu'à la crête iliaque et en arrière jusqu'à l'extrémité des fausses côtes. Périphérie d'un mètre vingt centimètres. Le sein droit devait peser environ 15 livres. La peau recouvrant les seins était doublée d'un tissu cellulaire lâche : elle était blanche, sans altération, sauf l'ouverture fistuleuse. Peu de graisse, les seins contenaient des tumeurs dures comme des squirrhes. L'examen microscopique montre des faisceaux de tissu conjonctif étroitement serrés les uns contre les autres ; quelques-unes des fibres renfermaient des noyaux. Point de vésicules de graisse, ni de leucocytes.

L'auteur suppose que, dans ce cas, l'hypertrophie des seins était en corrélation étroite avec l'état *pathologique de l'ovaire droit*, vu que cette hypertrophie s'était produite après la suppression des règles. (GROEUS, d'après LABARRAQUE.)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hypertrophie mammaire est des plus faciles à établir.

Le volume de la tumeur, parfois considérable déjà au moment où la malade vient se présenter ; son aspect qui rappelle absolument à cette époque celui de la mamelle normale, la marche lente et progressive de l'affection, qui a pris naissance après une suppression de règles ou dans le cours d'une grossesse ; l'absence presque complète de douleurs seront pour le praticien autant de signes qui lui permettront de reconnaître aisément l'hypertrophie mammaire.

Il abandonnera vite l'idée d'un carcinome, qui le plus souvent unilatéral, n'occupe qu'une portion de la glande, et se présente sous la forme d'une tumeur inégale, bosselée, de consistance ligueuse qu'on ne trouve jamais dans l'hypertrophie mammaire. De plus, le carcinome adhère à la paroi thoracique, envahit les ganglions de l'aisselle et quand il se généralise à ce point ne peut être confondu avec aucune autre affection.

Les kystes, les abcès, le galactocèle seront facilement reconnaissables à moins toutefois de siéger dans la profondeur. La fluctuation que l'on sent au palper suffit souvent pour les diagnostiquer. Cependant, nous savons que le sein hypertrophié, quand il est flasque et tremblotant, peut parfois donner la sen-

sation de fausse fluctuation qui a amené certains chirurgiens, induits en erreur par ce signe, a pénétrer profondément dans la masse glandulaire avec le bistouri.

Les adénomes et les fibro-adénomes avec lesquels elle a été longtemps confondue, rendent le diagnostic plus délicat. Mais ils sont d'ordinaire plus localisés que l'hypertrophie mammaire générale et composés de masses indurées roulant sous le doigt et facilement limitables. De plus ils sont isolés des tissus voisins par une couche fibreuse propre. Tout au plus pourrait-on les confondre avec l'hypertrophie mammaire partielle.

PRONOSTIC

En résumé le pronostic de l'hypertrophie mammaire est plutôt sombre. En effet, les sujets sont en proie aux souffrances continuelles que leur causent le poids et la difformité des seins. De plus l'affection a peu de tendance à la guérison spontanée et les divers traitements qu'on peut employer, à part l'ablation totale, ne donnent que des résultats peu satisfaisants.

Disons à propos des opérations que l'on peut faire dans le cas d'hypertrophie, que trop souvent on a opéré avec une rapidité condamnable, des malades chez lesquelles on avait confondu l'hypertrophie avec le squirrhe surtout dans le premier stade de la maladie, alors que les seins sont fermes, tendus, et résistants.

L'hypertrophie a toujours une tendance fâcheuse à la récurrence, et le pronostic devient d'une gravité exceptionnelle lorsque, les règles étant revenues, le volume des seins, loin de diminuer, ne cesse de s'accroître.

Enfin le pronostic est encore aggravé, lorsqu'à l'amaigrissement succède l'atrophie des muscles, et que l'hypertrophie suit en même temps une marche progressivement croissante. On doit craindre encore une terminaison fatale quand il survient une complication inflammatoire ou dystrophique, érysipèle, abcès, gangrène; dans ce cas il ne faut pas hésiter à recourir au moyen radical qu'est l'ablation.

Dans le cas d'*hypertrophie gravidique*, le tableau s'éclaircit un peu heureusement et l'on peut, sans crainte de se tromper, au moins dans la très grande majorité des cas, porter un pronostic bénin lorsque c'est la grossesse seule qui est cause de l'affection.

L'hypertrophie, en effet, a alors une tendance marquée à la rétrogradation après l'accouchement. Néanmoins, comme elle reprend un nouvel essor, si une nouvelle grossesse survient, on doit craindre que la gêne continue imposée aux malades par leurs seins hypertrophiés n'oblige à l'ablation totale de la tumeur.

C'est surtout pour le fœtus que le pronostic est défavorable, car en dehors des cas où l'affection mammaire ne provoque pas l'avortement ou l'accouchement prématuré, il n'est pas rare que l'enfant vienne au monde mort ou qu'il naisse dans un état de faiblesse très accusé.

C'est l'avis de Tarnier et Budin :

« Le fœtus peut succomber dans la cavité utérine. Le plus souvent il y a accouchement prématuré. Enfin, la grossesse peut aller à terme, mais habituellement les enfants sont alors petits et chétifs. »

En résumé, nous pouvons conclure que dans l'hypertrophie mammaire survenant au cours de la grossesse, le pronostic est plus grave encore pour l'enfant que pour la mère.

TRAITEMENT

Dans l'*hypertrophie générale mammaire de la puberté*, le traitement de l'affection est obligatoire. Velpeau avait conseillé le mariage, mais nous avons vu que le mariage, comportant presque toujours avec lui la grossesse, ne fait le plus souvent qu'aggraver l'état de la malade et suractiver la marche de la maladie. Et nous ne pouvons citer qu'un seul cas, celui de Benoît et Monteils, où ce mode de traitement ait amené d'heureux résultats. (Obs. XI).

Il faudra éviter les révulsifs locaux et les saignées qui exposent la malade aux complications. Nous dirons la même chose pour les incisions et les scarifications qui, faites dans un tissu en mauvais état, ne font généralement que servir de porte d'entrée à l'infection, érysipèle, gangrène.

L'iode, employé intus et extra, n'a donné que des résultats pour ainsi dire insignifiants.

Le meilleur traitement consiste :

A ramener les règles par tous les moyens possibles ;

A exercer sur les seins une compression légère et continue.

Quelques purgatifs légers et l'iode à l'intérieur ne pourront qu'aider à l'efficacité de ce mode de traitement.

Quelques auteurs ont encore recommandé l'électricité, mais les données qu'ils fournissent sur son application sont si obscures que nous n'avons pas cru devoir les rapporter ici.

Enfin quand le volume des seins est tellement considérable qu'il retentit d'une façon trop dangereuse sur l'état général du sujet ; quand cet état général lui-même est mauvais, ou s'il survient une complication de nature à compromettre l'existence de la malade, le seul traitement rationnel, c'est l'ablation de la tumeur.

Nous ne donnerons pas ici le manuel opératoire de l'ablation du sein, il est trop connu pour être l'objet de quelque intérêt. Qu'il nous soit seulement permis de dire qu'il est bon, lorsque les deux seins sont hypertrophiés, de mettre un certain intervalle entre les deux opérations que nécessite leur ablation. On a noté, en effet, que souvent l'ablation de l'un des seins avait suffi pour amener la guérison de l'autre et rendre ainsi inutile la seconde opération.

Enfin Labarraque, après Stappleton, conseille avant l'opération, de soulever les seins pendant quelque temps, afin d'en chasser la plus grande quantité de sang possible. Cette pratique est excellente dans tous les cas, mais surtout quand on a affaire à une malade affaiblie.

En somme, dans l'hypertrophie de la puberté, à part l'opération sanglante, le meilleur traitement consiste à diminuer, autant que faire se peut, la congestion mammaire, et pour cela, le meilleur moyen est d'agir sur les organes génitaux.

Pendant la grossesse, notre traitement préféré sera celui qu'a préconisé notre maître, le professeur Tarnier. L'état de la malade ne permettant pas de recourir aux moyens trop énergiques, nous aurons recours aux seuls moyens palliatifs.

Au début, on soutiendra les seins, on les comprimera même légèrement. On pourra essayer sur les tumeurs l'application de pommades résolutives ou de la glace (bien que cette application ne donne pas toujours une entière satisfaction au praticien).

En somme, pendant la grossesse, on s'en tiendra surtout à l'expectative, et tous les moyens palliatifs devront être mis en usage pour amener la malade au terme de sa grossesse.

Si des complications surviennent on leur appliquera un traitement approprié.

Mais si les mamelles sont énormes, si l'état général de la malade est grave, si la cachexie est imminente, on n'hésitera pas à avoir recours à l'accouchement prématuré (cas de Chiara, cité par Tarnier, guérison).

Toutefois, comme le recommande si justement le professeur Tarnier : « On n'aura recours à l'avortement provoqué ou à l'accouchement artificiel, que dans les cas les plus graves et seulement quand la vie des malades est sérieusement menacée. »

Enfin, lorsque l'accouchement se sera produit, il faudra recommander à la malade d'éviter les excès de coït et surtout bien lui montrer le danger si elle retombait enceinte de nouveau.

OBSERVATION XI

(Résumée.)

Rosine M..., est née le 1^{er} décembre 1844, au pied du mont Lozère, dans une contrée où dominent les tempéraments lymphatiques, scrofuleux et quelque peu goitreux.

A 15 ans, époque moyenne de la vie où apparaissent habituellement les menstrues chez les jeunes filles de son pays, elle n'est pas encore réglée.

Envoyée comme domestique dans le Gard, elle remarque que ses seins ont commencé à grossir après un séjour dans l'eau qu'elle fit pour laver le linge, comme cela se pratique dans le pays. C'est à cette unique cause du reste qu'elle attribue l'origine de son mal.

En 1860, quand elle se décide à consulter un médecin, ses seins ont déjà pris des proportions inouïes en 18 mois. Ses deux seins s'appuyaient sur ses cuisses dans la station assise. Debout, les masses mammaires exagéraient fortement la courbure du rachis et déplaçaient les omoplates sensiblement ailées.

A ce moment :

La circonférence du sein droit était de.....	0 ^m 94
Celle du sein gauche.....	1 05
Le pédicule du premier mesurait	0 67
Celui du second.....	0 69

Les tumeurs descendaient au dessous de l'ombilic : à droite de 0^m08, à gauche de 0^m13.

Les mamelons étaient à l'état de vestige, l'hypertrophie portait aussi bien sur la masse glandulaire que sur le tissu fibreux et adipeux. Le système vasculaire était très développé.

Envoyée à Montpellier pour être examinée, la plupart des chirurgiens lui conseillent l'opération.

Elle s'y refuse et rentre dans ses foyers sans suivre d'autre traitement que les préparations iodées au dedans et à l'intérieur — traitement qui du reste ne donne aucun résultat.

Pendant huit ans elle conserve son hypertrophie dans le même état, malgré l'apparition des menstrues qui se sont toujours montrées, depuis 1862, régulières bien qu'incomplètes.

En 1869, elle se marie et à ce moment ses seins commencent à diminuer de volume.

Depuis elle a eu trois enfants, dont le dernier est mort trois mois après sa naissance sans cause bien connue; les deux autres sont pleins de vie, de force et de santé.

Elle n'a pu en nourrir aucun, ses mamelles restent improductives, bien qu'elles soient turgescentes pendant les grossesses et qu'elles acquièrent ainsi un volume plus considérable qu'à l'ordinaire.

Son état général est excellent et elle fait des travaux de ménage sans être le moins du monde incommodée.

Voici maintenant quel est le volume de ses seins :

Circonférence du sein droit prise dans le sens horizontal, vers le milieu et au niveau des mamelons... ..	0 ^m 27
La même pour le sein gauche.....	0 33
Circonférence du sein droit en sens vertical.....	0 35
La même pour le sein gauche.....	0 40
Circonférence du pédicule droit.....	0 32
Circonférence du pédicule gauche.....	0 34

Les deux seins descendent encore presque jusqu'au niveau du nombril, et à une distance de 3 à 5 centimètres; le gauche restant toujours le plus gros et le plus allongé.

Hors l'état de grossesse, ces organes ne sont plus actuellement composés que d'une immense peau flasque et ridée, parcourue par d'énormes vaisseaux sanguins très dilatés et variqueux, recouvrant des glandes mammaires presque complètement atrophiées, au milieu d'un tissu adipeux, épais et lâche.

Les seuls inconvénients qu'ils présentent, c'est d'être hideux à voir et de manifester une odeur sébacée fort intense et très repoussante. (BENOÎT ET MONTEILS.)

OBSERVATION XII

Hypertrophie des deux seins, plusieurs grossesses. Scarifications. Amélioration.

Une femme de 29 ans, d'une constitution faible et délicate, pâle, pauvre et mal nourrie, avait naturellement les seins gros et d'une grande mollesse. Elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. A 16 ans, apparition des règles; à 25 ans elle devint enceinte, et sa grossesse ne présente rien de remarquable, elle accouche heureusement, et si l'on excepte la lactation qui ne put se faire, les suites de couche se passèrent bien. Les seins devinrent alors remarquablement volumineux. Deux ans après, seconde grossesse pendant laquelle les seins, et surtout le gauche, augmentent considérablement. La malade entre à l'hôpital-clinique de Berlin le 19 janvier 1827. Le poids de ses seins était alors tel que la malade pouvait à peine

le supporter. Les mamelles étaient également dures au toucher, la pression n'y déterminait aucune douleur ; mais la malade éprouvait quelquefois une douleur subite et passagère qu'elle comparait à une piqûre. La coloration des téguments était naturelle.

Vers le huitième mois de la grossesse, le 15 mars 1827, elle accoucha d'un enfant mort, dès lors, le volume anormal des mamelles disparut en partie, surtout pour la gauche, ainsi que les douleurs. Cependant il survint un œdème qui occupait les extrémités inférieures et même la peau de l'abdomen. Le matin, il y avait aussi du gonflement de la face et des mains. La malade garda le lit, elle se plaignit de fréquentes horripilations alternant avec de la chaleur, anorexie, vertiges, lassitude. Ces symptômes cédèrent à un traitement convenable, la mamelle gauche présentait alors une fluctuation si marquée que le soir semblait être un sac rempli d'eau. La mamelle droite avait, au contraire, sensiblement diminué de volume. Des *scarifications* furent pratiquées le 13 avril sur le sein gauche, elles donnèrent issue à une grande quantité de sérosité ; le sein fut réduit à un tiers du volume qu'il avait auparavant, et continua à diminuer de volume. Au bout de quelques jours, les forces reviennent, et enfin la femme peut vaquer à ses occupations, en soutenant les mamelles avec un bandage. Elle sortit de l'Institut polyclinique à la fin de mai.

Au commencement d'août 1828, elle devint enceinte pour la troisième fois, les seins reprennent de nouveau un volume considérable, de sorte qu'au commencement d'avril suivant, le volume des mamelles était porté à un tel point, et les téguments si fortement tendus, qu'on devait craindre une rupture de la peau. A cette époque, les dimensions de la tumeur avaient acquis des proportions doubles de celles qu'on avait observées jusqu'alors : les seins couvraient l'abdomen et en cachaient la saillie.

Dans les derniers temps de la gestation, le poids de la mamelle gauche pouvait être évalué à 20 livres, la chaleur était augmentée, les veines gonflées et distendues. Le 1^{er} mai 1829, la malade accoucha heureusement d'une fille bien constituée, les suites de couches se passèrent bien, quelques légers symptômes fébriles survinrent ; un abcès de l'aisselle qui fut ouvert, donna issue à une grande quantité d'une humeur épaisse, blanche, semblable à du lait, et cette ouverture soulagea beaucoup la malade. Au 30 juin, les

mamelles ont diminué de volume, toutes les douleurs ont disparu, à l'exception d'une sensation obtuse qui existe dans les points où l'incision a été faite au creux de l'aisselle. (SACCIA.)

OBSERVATION XIII

Hypertrophie mammaire générale d'un côté. Ablation. Guérison

M^{me} X.,, âgée de 40 ans; entre le 25 novembre 1858 à la maison municipale de santé. Cette dame, d'une bonne santé habituelle, d'une taille moyenne, n'a jamais présenté aucune manifestation d'une diathèse quelconque. Réglée à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu deux grossesses, la dernière a eu lieu il y a six ans. Elle a nourri chacun de ses enfants pendant un an. Lors de sa dernière grossesse, elle s'aperçut que son sein gauche augmentait de volume. Elle ne sentait aucun point de la mamelle plus dur, plus volumineux; il y avait seulement accroissement général du volume de la glande. Son médecin l'engagea à ne nourrir son enfant que du sein droit. Malgré cette précaution, l'augmentation du sein continua. Elle n'y ressentait aucune douleur. Il y a cinq ans, elle consulta M. Velpeau, qui prescrivit un traitement fondant. Tous les mois, elle devait appliquer huit sangsues dans le creux de l'aisselle; elle devait se purger tous les huit jours et faire des frictions sur le sein avec une pommade à l'iodure de potassium. Le traitement fut suivi pendant trois mois, mais comme la tumeur ne diminuait pas, que la malade éprouvait des troubles digestifs et s'amaigrissait, elle cessa ce traitement. Depuis lors, elle a essayé sans succès toutes sortes de pommades. Elle n'a pas eu ses règles depuis quatre mois, et c'est depuis cinq mois seulement que la tumeur a augmenté de volume avec une grande rapidité.

Elle remarque qu'elle maigrit de jour en jour; elle respire avec difficulté et, pendant la nuit, elle a une transpiration abondante. Elle entre à la maison de santé pour être débarrassée de cette tumeur incommode, dont le développement inquiétant menace sa santé.

La mamelle gauche a le volume d'une grosse tête d'adulte ; sa base est largement pédiculée, glissant librement sur la paroi thoracique. La surface de la mamelle est bosselée d'une manière inégale ; la peau est violacée, lisse, sillonnée par d'énormes veines du calibre du petit doigt à gauche et en haut ; la peau, sous laquelle rampe une de ces veines, est amincie, distendue ; sa déchirure est imminente. Le mamelon est presque effacé et porté en bas et à gauche ; il n'y a plus trace d'aréole. Par la palpation, on sent des veines d'une consistance très molle, au milieu desquelles sont des points durs, et la partie externe paraissant se prolonger jusque dans l'aisselle présente une grosse masse de consistance plus ferme, rappelant celle des tumeurs fibreuses. C'est cette partie de la tumeur, dont le développement est plus récent, au dire de la malade. La circonférence de la base de la mamelle est de 66 centimètres ; la demi-circonférence de la tumeur, de haut en bas et dans le sens antéro-postérieur, est de 48 centimètres.

Le 30 décembre, la malade étant chloroformée, M. Demarquay procéda à l'ablation de la tumeur en présence de MM. Monod et Giraud-Teulon. La base est circonscrite par deux incisions courbes ; l'incision courbe supérieure est pratiquée en premier lieu. La tumeur est énuclée sans difficulté. Il s'écoule, après la première incision, de l'intérieur de cette masse, une *quantité considérable de liquide purulent*. La plaie est réunie par première intention : la suture est pratiquée avec des fils d'argent. Les lèvres de la plaie ne sont pas réunies à l'extrémité externe et inférieure pour permettre l'écoulement du pus.

Examen de la tumeur. — Son poids est de 4 kilogrammes ; elle présente la forme d'une demi-sphère aplatie. La peau qui la recouvre est amincie ; le pannicule graisseux, si abondant d'ordinaire dans cette région, a disparu complètement. Toute la masse est enveloppée par un mince feuillet fibreux qui s'enlève facilement. Au dessous, on voit des masses lobulaires de grandeur et de formes différentes ; chacune est enveloppée par une membrane fibreuse assez épaisse, de sorte qu'elles sont isolées parfaitement les unes des autres. Les plus gros de ces lobes ont une dimension d'un rein ; les plus petits ne sont pas plus gros qu'une noix. En les séparant les uns des autres par la dissection,

on voit, au centre de la tumeur, une grande cavité anfractueuse, renfermant encore du liquide d'aspect purulent, dont la plus grande quantité s'est écoulée pendant l'opération. On n'a pu retrouver *aucune trace des canaux galactophores* ; la peau a été enlevée très facilement au point où était la trace du mamelon. La consistance de ces divers lobes n'est pas la même ; il en est de très durs, d'autres de consistance molle.

Ces différentes masses sont ouvertes successivement. L'aspect de la surface de leur coupe varie presque avec chacune d'elles. Dans le plus grand nombre, on voit à la coupe une surface blanchâtre, granuleuse, graissant peu l'instrument tranchant. Les granulations forment des culs-de-sac plongeant dans la gangue fibreuse. Dans deux ou trois lobes, *l'élément glanduleux* existe encore, mais en *moins grande abondance* ; il n'y a plus que quelques granulations blanchâtres perdues dans une graisse jaunâtre, qui est parcourue par des bandes fibreuses. Les lobes qui ont la consistance fibreuse présentaient à la coupe une surface blanche, unie, presque lisse, et il n'y a plus de granulations ; *leur aspect rappelle tout à fait celui des tumeurs dites fibreuses*. Enfin, un ou deux lobes assez volumineux sont entourés par une coque fibreuse, épaisse, résistante ; le scalpel les divise avec peine : leur surface a une apparence fibroïde ; leur consistance est lardacée ; mais, en raclant la surface, on ne rapporte pas sur la lame du scalpel le suc cancéreux caractéristique.

M. le docteur Dufour a examiné avec soin divers morceaux de la tumeur, et nous a remis la note suivante :

Sur plusieurs morceaux, deux étaient composés en grande partie de graisse d'un blanc mat, constituée par de superbes vésicules adipeuses, et non par des granulations graisseuses, comme on les voit parfois dans certaines tumeurs mammaires. C'était donc du tissu adipeux véritable. Tous les autres morceaux présentaient une texture identique ; dans deux ou trois seulement, on pouvait retrouver dans certains points les restes du tissu mammaire normal caractérisé par des acini bien évidents, avec leur épithélium normal. Le reste des morceaux à structure identique était formé de tissu fibreux à différents états. (DEMARQUAY, d'après LABARRAQUE.)

OBSERVATION XIV

*Hypertrophie générale des deux seins. Amputation du sein droit.
Enorme accroissement du sein gauche. Amputation. Guérison.*

M. M..., 20 ans, fille, vint me demander mon avis pour une augmentation considérable du poids et du volume de ses deux seins. Elle me donnait les renseignements suivants :

Elle a toujours été assez délicate, mais jamais malade, autant qu'elle puisse se le rappeler. Il y a un an elle s'aperçut qu'elle avait comme « une amande » dans le sein droit. Peu de temps après elle acquit la certitude que ses deux seins, qui jusqu'alors avaient été d'une taille au dessous de la moyenne, prenaient rapidement un grand développement. Bientôt sa santé s'altéra, elle perdit l'appétit ; les forces diminuèrent ; le sommeil fut troublé. Elle n'a pu donner aucune cause à cette affection des mamelles. Elle avait toujours été régulièrement menstruée, depuis sa première époque à 14 ans. Elle n'avait jamais reçu de coup sur la mamelle, ni éprouvé aucun trouble du côté de cet organe.

Après m'être entendu avec mes collègues de « Jervis street Hospital », je la soumis à une série de médicaments destinés à provoquer la résorption du tissu hypertrophié. Elle prit à l'intérieur de l'iode sous différentes formes. Ce traitement fut suivi plusieurs semaines, sans amener d'amélioration.

A cette époque, je pensai que la maladie était au dessus des ressources de la thérapeutique pure, et sous l'influence des résultats annoncés par Birkett et autres, je me persuadai que le seul remède était dans l'excision. Comme, dans certains cas d'hypertrophie des deux seins, l'ablation d'une glande avait amené la diminution de la seconde, j'étais décidé à n'enlever d'abord qu'un sein et à attendre, pendant quelques mois, ce qui se produirait. Cette idée que je communiquai à la jeune fille, la trouva indécise et méfiante ; aussi lui recommandai-je un séjour de quelques jours à la campagne en lui indiquant un traitement et un régime tendant à améliorer son état général.

Elle revint quelque temps après dans mon service, et de nouveau

je pris l'avis de mes collègues sur la marche à suivre dans ce cas. Après avoir pesé le pour et le contre, nous convinmes de lui proposer l'ablation du sein droit, puis celle du sein gauche, si la première n'était pas suivie d'une grande diminution dans le volume de la mamelle voisine. Elle y consentit volontiers en disant que le poids des tumeurs lui était insupportable ; je priai M. Stapleton, dont l'expérience pour ces sortes de maladies est bien connue, de la recevoir dans son service, afin de l'opérer.

Voici quel était son état à cette époque : elle était pâle et faible ; pas d'appétit, sommeil troublé. Pouls à 90. Elle paraît épuisée au dernier point ; elle ne peut supporter le poids de ses mamelles.

Au devant des deux seins, la peau offre une coloration normale à la partie supérieure ; mais elle est plus foncée et même un peu livide à la partie inférieure. Les mamelles ont la forme de deux poires. On voit se dessiner, dans l'épaisseur de la peau, d'énormes veines dilatées par du sang. Les seins sont formés de lobules distincts ; ils donnent bien la sensation du tissu mammaire à un haut degré d'activité fonctionnelle. *Rien dans les ganglions axillaires.*

Les dimensions des deux tumeurs étaient les suivantes :

Sein droit :	Longueur	33 cent.
	Circonférence.....	56 —
Sein gauche :	Longueur	31 —
	Circonférence.....	54 —

24 juillet. Pendant que j'administras le chloroforme, M. Stapleton pratiquait l'ablation du sein droit. La perte de sang fut très faible, grâce à la précaution prise par le chirurgien de *soulever pendant quelque temps la tumeur avant l'opération*, de façon à forcer le sang veineux d'en sortir autant que possible.

La tumeur portée sur une balance immédiatement après l'opération, pesait 2.550 grammes ; je puis estimer que la manœuvre de suspension de la tumeur avant l'opération, avait bien chassé 225 grammes de sang environ. Si nous ajoutons le poids de l'autre mamelle, on constate que cette pauvre fille avait à porter 41 kilogrammes 590 grammes.

Après l'opération, la malade eut quelques jours de fièvre, mais

celle-ci disparut bientôt; la plaie guérit rapidement, il y eut réunion par première intention; la guérison ne se fit pas attendre, et le 19 août la patiente quittait l'hôpital.

Le 8 septembre elle revient me voir et je constate l'état suivant : Les tissus du côté droit sont sains; une cicatrice étroite marque seule la ligne de l'incision. Sur la mamelle gauche, la peau est froncée; la glande est considérablement réduite.

Voici quelles sont ses dimensions :

Circonférence.....	43 cent.
Longueur.....	18 —

Ainsi nous avons gagné sur chaque dimension 10 centimètres et j'espère d'après ce fait que nous marchons vers une diminution complète.

Malheureusement cette diminution ne devait pas durer; le volume de l'organe demeura stationnaire pendant quelques semaines; puis le sein recommença à s'accroître, et bientôt il acquit des dimensions égales à celles qu'il avait auparavant.

La santé de la malade déclina et finalement, à bout de forces, elle rentra à l'hôpital le 5 janvier 1870. Ce jour-là, la glande mesurait à sa circonférence 81 centimètres, en longueur 59 centimètres.

La surface de l'organe était de couleur rouge foncé, sensible au toucher. La peau avait cédé en un point qui donnait passage à une sécrétion séro-sanguine assez peu abondante... Le pouls était accéléré, la langue chargée, pas d'appétit; la malade se trouvait très souffrante. M. Stapleton dut attendre un mois pour améliorer l'état général, puis le 10 février il pratiqua l'ablation du sein gauche presque sans perte de sang. Dans la balance, on trouva que le poids de la tumeur était de 5 kilogrammes environ.

Pendant une dizaine de jours, la malade a un peu de fièvre et se plaint dans le côté gauche d'une grande douleur qui, dit-elle, l'empêche de respirer. On enlève toutes les pièces de pansement, sauf deux bandelettes de diachylon, qui réunissent les bords de la plaie, puis on panse avec de la charpie trempée dans du vin de Porto. Peu à peu la douleur du côté gauche disparaît, on refait deux pansements. L'amélioration est uniforme et graduelle; la

plaie est maintenant guérie, la santé est bonne ; il y a de l'appétit, le sommeil est bon, et la malade reconnaissante quitte l'hôpital deux mois après l'opération. (MAC-SWINEY.)

OBSERVATION XV

*Hypertrophie générale des deux seins. Double amputation
à vingt-six jours d'intervalle. Guérison.*

Une femme, réglée à 18 ans, avait vu, quatre mois après, à la suite d'une suppression des règles, les mamelles, qui jusqu'alors avaient été peu développées, devenir le siège de douleurs, et commencer à grossir, la gauche d'abord, puis la droite, dans une proportion telle qu'au bout d'un an, le sein gauche présentait 45 centimètres de longueur de la base au mamelon, 80 centimètres de circonférence à la partie moyenne, et 67 centimètres au pédicule.

Le sein droit avait la même dimension, à 1 centimètre près. Ces deux mamelles, piriformes, d'un rouge violacé, étaient sillonnées par des veines sous-cutanées nombreuses ; elles offraient une consistance molle à la périphérie, et plus profondément une grande quantité de noyaux durs du volume d'une noix ou d'une noisette, réunis par des cordons résistants.

En 1842, on eut recours à une ponction qui ne donna issue qu'à du sang, puis à une application de potasse qui n'eut aucun résultat. Lorsque M. Bouyer vit la malade en 1844, trois mois après le début de l'affection, sauf un peu de maigreur, l'état général était bon ; le ventre était entièrement recouvert par ces immenses tumeurs qui descendaient jusqu'aux genoux, et dont le poids, estimé à 15 kilogrammes chaque, forçait la malade à garder le lit depuis deux ans.

L'opération fut pratiquée le 24 juin. Pour prévenir l'hémorrhagie, un aide fut chargé de comprimer le pédicule de la tumeur entre deux lames de baleine. Néanmoins, la division de deux artères du volume d'une plume d'oie, situées au centre de la tumeur, laissa écouler, en quelques secondes, près de 1 kilogramme de sang ; de nombreuses artérioles furent liées ; on ne réunit qu'incomplètement la plaie, dans le but de laisser un foyer temporaire de suppu-

ration ; il y eut peu de fièvre. et la cicatrisation était presque complète le vingt sixième jour lorsqu'on enleva le sein droit qui avait diminué notablement de volume. Cette opération ne fut suivie que d'une hémorrhagie peu considérable ; en deux mois tout était fini. La santé générale devint excellente, les règles reparurent ; tout le corps reprit de l'embonpoint. Le sein gauche pesait 30 livres et demie, et le sein droit 29 livres et demie.

Après la double opération, la malade pesait 101 livres ; on lui avait donc enlevé le tiers de son poids. Les tumeurs étaient constituées par un tissu graisseux au milieu duquel se trouvaient des noyaux glandulaires non dégénérés, mais excessivement hypertrophiés. (BOUYER, de Saintes).

CONCLUSIONS

1° L'hypertrophie mammaire qui survient pendant le cours de la grossesse est une entité morbide bien définie, qui a ses caractères propres et qui se distingue nettement des autres tumeurs de la mamelle.

2° La grossesse est une des principales causes de l'hypertrophie mammaire. Elle précipite la marche de cette affection. Les grossesses successives provoquent les récidives de l'hypertrophie de la glande mammaire.

3° A son tour, l'hypertrophie mammaire a une action évidente sur la grossesse à l'évolution de laquelle elle apporte de nombreux obstacles. Elle entraîne fréquemment l'avortement ou la mort du fœtus.

4° En face d'une hypertrophie mammaire, la meilleure conduite à suivre est une expectative raisonnée et il ne faut recourir aux moyens extrêmes que lorsque l'existence de la mère est en danger, la vie du fœtus étant le plus souvent très compromise par l'existence même de l'affection.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Allix.* — Physiologie de la première enfance.
- Allot.* — Hypertrophie mammaire dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1886.
- S. Ashwell.* — In *Guy's hospital Reports*, 1^{re} série, tome VI, p. 202, 1841. Traduit in *Gaz. des hôp.*, 1842, n° 30, p. 139.
- Barton.* — *Philad. med. Times.* Juin 1887.
- Beates.* — Do mammary adenomata undergo carcinomatous degeneration. *Med. and Surg. Reporter.* Philad., 1881.
- Bérard.* — Diagnostic différentiel des tumeurs du sein. Th. de Paris, 1882.
- Benoit et Monteils.* — Montpellier méd. Juin 1877 (Avec gravures).
- Billroth.* — *Deutsche chirurg.* Lief XLI, p. 69.
- Bouchut.* — Traité pratique des maladies des nouveau-nés et de la deuxième enfance. Paris, 1867.
- Bouyer (de Saintes).* — Bulletin de l'Acad. de méd., tome XVI, 1850-51, p. 758.
- Archives génér. de méd., 4^e série, tome XXVI, 1851.
- Briot.* — Mammite post-puerpérale. Th. de Paris, 1876.
- Broca.* — Traité des tumeurs, tome II, p. 460, 1869.
- Bull. de la Société anat.* — Rapport de M. Legroux, 53^e année, 2^e série, t. XIII, p. 282. Mars 1868.
- Cadiat.* — Du développement des tumeurs cystiques du sein. Th. de Paris, 1875.
- Chassaignac.* — Bull. de la Soc. anat., 29^e année, 1854, p. 301.
- A. Cooper.* — Œuvres chirurgicales; trad. fr. de Chassaignac et Richelot. Paris, 1838.

- Cornil et Ranvier.* — Manuel d'histologie pathologique.
- Demarquay.* — Gaz. méd. de Paris, 1859, p. 818.
- Delbet (Pierre).* — Traité de chirurgie, tome VI, p. 130.
- Durston.* — Philosoph. transact., n° 32, t. II, p. 1047, 1669.
- Esterle.* — In *Amali universali di medicina*, 4^e série, vol. 162, p. 153, 1857. Et in Gaz. méd. de Paris, 1858, p. 678.
- Ferrus (d'Alger).* — In Gaz. des hôp., 1846, n° 90, p. 358.
- Fingerhuth.* — In *Zeitschrift für die gesammte medicin.*, 1837. Traduit in Arch. génér. de méd., 2^e série, tome XIV, 1837, p. 446.
- Follin et Duplay.* — Traité de pathologie externe, t. V, p. 619.
- Galien.* — De differentiis morborum, C. IX.
- Gaudier et Surmont.* — Etude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle. Soc. de biol. 2 février 1895.
- I. Gorham.* — Case of extraordinary development of the mammæ in human adult. London med. Gaz., t. XXVI, p. 659, 1840.
- C.-G. Groëhs.* — In Schmidt's jahrbucher der in und Auslandischen gesammtem medicin, t. CVIII, p. 44, 1863.
- Gross S.-W.* — The diagnosis of tumors of the mammary gland. New-York, m. j. 1880. Extrait d'un ouvrage de Gross, intitulé : « A treatise on tumors of the mammary gland ».
- Hey.* — Practic observ. in Surgery. London, 1810, p. 500.
- Herbet.* — Diagnostic diff. des tumeurs du sein. Gaz. méd. de Picardie. Amiens, 1883.
- Huston.* — In the American journal of. medical sciences, tome XIV, 1834, p. 374.
- F. Jordens.* — In Hufeland's journal der prakt Heilkunde. Berlin, 1801, t. II, p. 28.
- Kober.* — Dissertatio inauguralis medica, sistens observationem incrementi mammarum rariorem. Leipsiæ, 1825.
- Klippel.* — Soc. anat. 29 avril 1887.
- Labarraque.* — Sur l'hypertrophie de la glande mammaire chez la femme. Th. de Paris, 1875.
- Labbé et P. Coyne.* — Traité des tumeurs bénignes du sein. 1876, p. 249.

- Lannelongue*. — In dictionnaire Jaccoud, t. XXI, article : **Mamelles**.
- Laurent*. — Thèse de Paris, 1888.
- Lebert (H.)*. — Traité d'anat. pathologique. Paris, 1861, tome II, liv. VI, chap. iv. — Des maladies de la mamelle, hypertrophie, pl. CXLIII.
- Lotzbeck*. — In Schmidt's Jahrbucher, tome CVI, p. 51, 1868.
- Mac-Swiney*. — Diffuse hypertrophy of both mammœin Dublin quaterly journal of medical science, t. XLVIII, 1869, p. 508 (Avec gravure).
- Manec*. — Gaz. des hôp. Janvier 1859, n° 12, p. 45.
- Malgaigne*. — Gazette des hôp., 1844, n° 150, p. 139.
- Marjolin*. — Bulletin de la Soc. de chirurgie. Paris, 2^e série, t. IX, p. 342, 1868.
- Masson de Kerloy*. — In Revue méd. franç. et étrangère. Juin 1881.
- Monod Ch.* — Bulletin de la Soc. de chirurgie. 10 août 1881.
- Monod Ch.* — Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein. Arch. gen., de med., janvier 1875.
- Nélaton A.* — Des tumeurs de la mamelle. Thèse de conc., agr. chirurg. Paris, 1839.
- Pathologie chirurgicale, tome IV, p. 35, 1857.
- Olphau*. — Hypertrophie des mamelles chez l'homme.
- Péan*. — Cliniq. chirurg. de l'hôp. Saint-Louis. Paris, 1879, t. II, p. 144.
- Pétréquin*. — Anat. méd. chirurg., p. 231.
- Peyrot J. J.* — Manuel de pathologie externe, t. III, p. 362.
- Puech*. — Les mamelles et leurs anomalies, Paris, 1876.
- Renoud*. — Archives génér. de méd., 1839, tome IV, p. 377.
- Richter*. — Centralblät fur chirurg., 1888, n° 5, p. 94.
- Ribemont Dessaignes et Lepage*. — Précis d'obstétrique.
- Ripault*. — In Bulletin de la Soc. anatom., XXII^e année, 1847, p. 90.
- Robin Ch.* — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1855, t. XLI, p. 553.
- Romec*. — Hypertrophie générale de la glande mammaire dans le cours de la grossesse. Th. de Paris, 1881.
- Rousseau*. — Revue médico-chirurg., 4^e année, t. IV, 1856, p. 596.

- Saccaza Roberto.* — Des tumeurs du sein au point de vue du diagnostic différentiel et du traitement. Th. de Paris, 1867.
- Sappey.* — Anatomie descriptive, 4^e volume.
- Sennert J.* — Practic. medicinæ, 3^e édit., 1660, lib. V, pars III, sect. I, cap. I.
- Schaal,* — In Rust's Magazin fur die gesammte Heilkunde, t. XIX, 1825, p. 360.
- De Sinéty,* — Manuel pratique de gynécologie et de maladie des femmes. Paris, 1879.
- F. A. Skuhersky.* — Enorme hypertrophie beider Brüste, — in Weitenweber'sneuen. Beitragen zur medicin und chirurgie. — Prag. 1844, janvier et février, p. 42-64.
- Gerhardt V. Swieten.* — Commentaria in Hermann. Boërhavæ Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis, — 1764. Lugd. Batav — de morbis virginum, p. 394.
- Tarnier et Budin.* — Traité de l'art des accouchements, t. II. p. 185.
- Testut.* — Anatomie descriptive.
- J. Varandæus.* — Opera omnia. — Lugduni, 1658, — lib. III, cap. III, de mammi mulierum.
- Velpeau.* — Traité des maladies du sein et de la région mammaire. 1854, p. 231.
- Vidal de Cassis.* — Path. chirurg., t. IV, p. 810, 4^e édit. 1861.
- Virchow.* — Path. des tumeurs, traduct. de Aronssohn, tome I, p. 325, 1867.
- Verneuil.* — Gaz. des hôpitaux, 1882, p. 673.
- Weitenweber.* — Ueber die hypertrophie der Brüste in Vierteljehrschrift fur die praktische Heilkunde. Prag. 1847, tome XIII.
- W. Roger Williams.* — A monograph on diseases of the breast. London, 1894.

Vu : Le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



